

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação

Curso: Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Projeto de Intervenção

**A perspetiva de Profissionais da área do Exercício e da
Fisioterapia e Idosos sobre a relação Atividade Física e
Envelhecimento Ativo**

Bruna Isabel Damião Morais

Beja 2016

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação

Curso: Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Projeto de Intervenção

**A perspetiva de Profissionais da área do Exercício e da
Fisioterapia e Idosos sobre a relação Atividade Física e
Envelhecimento Ativo**

Elaborado por:

Bruna Isabel Damião Moraes, nº. 14679

Orientado por:

Professor Dr.º João Alberto Mendes Leal

Beja 2016

*Pesam os meses e os anos
O cabelo é pouco e branco,
Encaro tudo e sou franco
Da vida notam-se os danos.
Sou como os outros humanos
Vivo também de esperanças,
Não tive nem deixo heranças
De bom tive a juventude,
Que lembro muito amiúde
Disso me restam lembranças.*

Francisco Vaz (utente do Centro de Fisioterapia de Beja, 76 anos)

18-07-2016

Resumo

O principal objetivo deste trabalho consiste em verificar junto de profissionais da área da Fisioterapia e do Exercício, e Idosos, a importância da atividade física para o envelhecimento ativo.

É uma abordagem quantitativa e qualitativa onde aos idosos foi aplicado um inquérito por questionário como forma de recolha de informação. Aos profissionais foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Como principais resultados, por parte dos profissionais, é unânime que praticar atividade física regularmente é vantajoso para o idoso, melhorando em vários aspetos a sua qualidade de vida. Quanto aos idosos, este reconhecem maioritariamente a importância da atividade física na sua vida e embora portadores de algumas patologias, especialmente do foro músculo-esquelético (75,6% sexo feminino e 81,8% sexo masculino), consideram que a sua saúde é razoável (56,5%) e vão realizando as suas atividades diárias.

Este estudo dá ênfase à importância da prática regular do exercício e reconhecemos que deve ser prescrito e acompanhado por um profissional especializado respeitando sempre os limites de cada idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Envelhecimento Ativo; Atividade Física; Exercício Físico; Qualidade de Vida; Idoso

Abstract

The main objective of this work is to check with professionals in the área of Physiotherapy and Exercise, and Elders, the importance of physical activity for na active aging.

Is it a quantitative and qualitative approach in which the elderly was applied a questionnaire as a way of gathering information. To the professionals semi-structured interviews were carried out.

As main results, by professionals, it is unanimous that to practice physical activity regulary is helpful for the elderly, improving in several aspects their quality of life. Regarding to the elderly, the majority is aware of the importance of physical activity in their life and although patients with some diseases, especially musculoskeletal disorders (75,6% female and 81,8% male), consider that their health is reasonable (56,5%) and they do their activities regulary.

This study gives emphasis to the importance of regular exercise practice and, recognizes that it should be prescribed and monitored by a skilled professional regarding always to the limits of each elderly.

Keywords: Aging; Active ageing; Physical activity; Physical exercise; Quality of life; Elderly.

ÍNDICE GERAL

Resumo	II
Abstract.....	III
Índice Geral.....	IV
Índice de Tabelas.....	VI
Dedicatória.....	VII
Agradecimentos	VIII
Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	2
1. Envelhecimento da população.....	2
2. Atividade Física e Envelhecimento	9
3. Profissionais envolvidos	17
Parte II – Desenho da Investigação e Objetivos	22
4. Desenho da Investigação e Objetivos	22
Parte III – Estudo Empírico	24
5. Metodologia	24
5.1. População – alvo / Caracterização da amostra	24
5.2. Procedimentos e Instrumentos utilizados	24
5.3. Definição das variáveis	33
6. Análise de dados	34
6.1. Análise Quantitativa	34
6.1.1. Análise descritiva	34
6.1.2. Análise Inferencial	41
6.1.3. Análise Correlacional	42

6.2. Análise Qualitativa	43
6.2.1. Análise das entrevistas	43
6.2.2. Análise da questão aberta do inquérito por questionário	45
Parte IV – Discussão dos resultados.....	46
Projeto de Intervenção	60
Síntese Conclusiva	62
Bibliografia	64
Anexos	73

ÍNDICES DE TABELAS

Tabela 1- Patologias	34
Tabela 2 – Alfa de Cronbach	35
Tabela 3 – Saúde	35
Tabela 4 – Atividades diárias	36
Tabela 5 – Tarefas diárias (maior esforço)	37
Tabela 6 – Forma como se sentem	38
Tabela 7 – Mobilidade	39
Tabela 8 – Tempo de atividades / Caminhadas	40
Tabela 9 – Horas de pé em deslocamento	40
Tabela 10 – Análise Inferencial	41
Tabela 11 – Valores médios	42
Tabela 12 – Análise Correlacional	42

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais

António Morais e Maria Damião.

Que foram pessoas que contribuíram

Para o meu Mestrado nesta área específica.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que me acompanharam e apoiaram ao longo deste trabalho e que contribuíram de alguma forma para a realização do mesmo.

Em primeiro lugar quero agradecer ao professor Doutor João Leal pela forma como me orientou ao longo deste trabalho, pela sua disponibilidade, pela boa disposição que sempre demonstrou e por a sua ajuda nas partes mais complicadas do mesmo, um grande obrigado por tudo.

Agradeço aos profissionais de saúde e aos Técnicos Superiores de Desporto que se disponibilizaram a participar neste trabalho e que, desta forma, contribuíram para a sua realização, sem eles não teria sido possível.

Agradeço também, de coração, aos 63 idosos que participaram neste estudo, sem eles o trabalho não seria tão rico em informação, muito obrigado.

Quero ainda agradecer à minha família e amigos pelo incentivo e ajuda nos momentos mais complicados, nunca me deixaram desmoralizar nem desistir, sem este apoio tudo teria sido bem mais complicado.

E, para terminar, não posso deixar de agradecer aos meus utentes e colegas, que durante meses me ouviram falar do trabalho e encorajaram para continuar, foram grandes, um enorme obrigado. Às utentes Conceição Teixeira e Angélica Azedo o meu muito obrigado, sem vocês parte do trabalho teria sido bem mais difícil.

INTRODUÇÃO

O presente estudo recai sobre “A perspectiva de Profissionais da área do Exercício e da Fisioterapia e Idosos sobre a relação Atividade Física e Envelhecimento Ativo”.

Foi escolhida esta temática pois existem cada vez mais pessoas com idade avançada e estima-se que a percentagem aumente a cada ano que passa, esta população necessita de determinados cuidados que devem ser levados em consideração.

Pretendemos recolher informação sob a forma de entrevista e de inquérito por questionário pois é importante saber a opinião dos profissionais e dos próprios idosos.

Segundo Guedes & Silveira (2004), o envelhecimento da população é um dos grandes desafios a serem enfrentados no futuro, envelhecer trata-se de um processo natural e gradual do ser humano que provoca alterações a nível físico, psicológico, social, cognitivo e que pode resultar numa perda de independência e de qualidade de vida (Barros, Garcia, D’Amorim, Da Silva, Vasconcelos & Carvalho, 2005).

A fim de retardar as alterações decorrentes deste processo é importante introduzir-se o conceito de envelhecimento ativo como forma de manter ou aumentar a qualidade de vida nesta faixa etária.

O envelhecimento ativo tem como objetivo permitir que os indivíduos alcancem o bem-estar a todos os níveis através da participação na sociedade de acordo com as suas necessidades e capacidades.

Agregado ao conceito anterior temos a atividade física. A prática de atividade física juntamente com comportamentos saudáveis permitirá ao idoso a manutenção da sua capacidade funcional e assim melhoria na qualidade de vida (Maciel, 2010).

No desenvolvimento deste trabalho teremos uma primeira parte onde se irá fazer um enquadramento teórico, seguindo-se os objetivos e a questão de partida, numa terceira parte será explicada a metodologia e analisados os dados e por fim proceder-se-á à discussão e conclusão. Em suma, iremos explicar e justificar todos os conceitos e serão analisados e discutidos dados para que consigamos responder à pergunta de partida e aos objetivos a que nos propusemos.

PARTE I – Enquadramento teórico

1. Envelhecimento da população

Ao longo da vida o ser humano passa por diversos desenvolvimentos e alterações, quer a nível físico, psicológico, social. O processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e ao mesmo tempo, é algo individual. Todo o indivíduo que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara este processo varia de cultura para cultura.

Segundo Cavanaugh (1999), as teorias sobre o envelhecimento podem ser agrupadas em teorias das ciências biológicas, teorias das ciências comportamentais (psicológicas) e teorias das ciências sociais.

As teorias do envelhecimento biológico tentam explicar a multiplicação de células ao longo do tempo, a incapacidade de se dividirem e/ou renovarem e o controlo dos processos fisiológicos por material não celular, ou seja, considera-se o envelhecimento como um processo exclusivamente associado às mudanças físicas ou biológicas (Vallespir & Morey, 2007).

No que respeita às teorias psicológicas do envelhecimento, estas tiveram um grande desenvolvimento com o aparecimento da disciplina de psicogerontologia. Cavanaugh (1999), refere que as teorias contemporâneas estão relacionadas com estudos no âmbito da psicologia do envelhecimento e integram semelhanças dos estudos das diferenças de comportamentos entre grupos de idosos e dos estudos sobre as condições de vida dos mesmos. No entanto, sabemos que a especificidade do envelhecimento psicológico não está perfeitamente estabelecida e os fatores psicológicos cruzam-se com os culturais, com os sociais e com os biológicos, interagindo entre si e acabam por influenciar a forma como cada indivíduo vive e envelhece (Novo, 2003; Fonseca, 2004).

Segundo alguns estudos, a nível emocional os adultos mais velhos tendem a tornar-se menos impulsivos e menos afetados pela ansiedade, com maior riqueza afetiva, com reações mais profundas aos acontecimentos que os rodeiam e com maior controlo emocional (Lima, 2004). Ao nível cognitivo existem mudanças em todas as capacidades, o vocabulário e a informação podem manter-se estáveis ou até melhorar decrescendo apenas numa fase mais avançada da vida. As capacidades ligadas ao

desempenho começam a perder-se mais cedo (Fonseca, 2004). Começa a haver uma certa diminuição da capacidade de resposta mas apenas em termos de velocidade, não de conteúdos. Temos também como ponto de referência o declínio da memória, especialmente memória a curto prazo (Fonseca, 2004). A saúde física, exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos desta faixa etária (Szwabo, 2006).

Sobre a teoria das ciências sociais, sabe-se que têm longa tradição nas ciências sociais e tenta dar resposta ao que acontece socialmente ao indivíduo à medida que envelhece, havendo duas linhas de desenvolvimento de teorias, uma das linhas que se centra na adaptação do indivíduo ao seu próprio processo de envelhecimento e outra que relaciona o sistema social das sociedades com o envelhecimento dos seus próprios membros (Kart & Kinney, 2001).

A pessoa idosa é alguém com 65 ou mais anos nos países desenvolvidos e com 60, ou mais anos, nos países em desenvolvimento (Cancela, 2007), e como já foi referido, é o ser humano que já passou por muitas idades e muitas etapas na sua vida, sofrendo alterações a vários níveis, nomeadamente nível físico, psicológico e social (Zimmerman, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), *“um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou estado de saúde”*.

Tendo em conta vários estudos realizados, a percentagem de idosos tem vindo a aumentar a nível mundial. Particularmente, as previsões demográficas indicam que Portugal será em 2050 um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos (32%), o que significa perto de 2,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Pinto, 2008).

Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento considerável da população idosa, particularmente evidente nos países desenvolvidos. Este fenómeno é resultado de um decréscimo das taxas de natalidade e fecundidade, do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de mortalidade.

O envelhecimento humano pode ser definido como *“o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social que, iniciando-se antes mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (Direção Geral de Saúde, 2004). Para

Fontaine (2000), o envelhecimento é considerado um *“processo de degradação progressiva e diferencial, que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo”*, variando de indivíduo para indivíduo.

Assim, é abordado como uma parte natural do ciclo de vida o qual é desejável que aconteça da forma mais autónoma e saudável possível. Pode também ser descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade (Spirduso, 2005), estando assim associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde.

Sabemos que, é um processo natural de todo o desenvolvimento humano e que acarreta perdas progressivas das aptidões funcionais do nosso organismo. Essas alterações, podem levar a uma diminuição na qualidade de vida do idoso por interferir na capacidade de realizar as suas atividades da vida diárias e assim colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (Barros, Garcia, D’Amor, Da Silva, Vasconcelos, Carvalho, 2005, citando Okuma, SS., 1998).

Durante o processo de envelhecimento ocorre uma atrofia muscular lenta e gradual, levando a uma perda de massa muscular (sarcopénia) e consequente diminuição da força, resistência, agilidade e flexibilidade (Barros et al, 2005, citando Furtado & Tavares, 2006).

Mas afinal o que é isto da sarcopénia?

Clarificando melhor este conceito podemos definir sarcopénia como um decréscimo da massa muscular que acontece com o decorrer dos anos. Segundo Tavares, Raposo & Marques (2010), entre os 20 e os 90 anos os indivíduos perdem cerca de 50% de massa muscular. Aos 50 anos de idade já se perdeu por volta de 10% desta massa muscular, após os 50 anos, a perda acentua-se, acontecendo a uma taxa de 12% a 14% por década. As perdas da força muscular também se manifestam na mesma ordem de grandeza. A principal causa da sarcopénia é a inatividade, que devido ao desuso das estruturas músculo esqueléticas leva a uma atrofia muscular. Esta atrofia acontece, pois existe um decréscimo quer do número, quer do tamanho das fibras musculares. Outros fatores associados a este fenómeno são o realinhamento neuromuscular (número de unidades motoras funcionais diminui), a redução na

produção de fatores de crescimento e alterações no turnover de proteínas musculares (Tavares et al, 2010, citando ACMS, 2000).

As consequências da sarcopénia estão de acordo com aquilo que tem sido mencionado sobre esta temática, assim, existe maior suscetibilidade a quedas e fraturas; maior dificuldade em regular a temperatura corporal; decréscimo do metabolismo; deficiente regulação da glucose e perda da capacidade de executar as tarefas diárias (Tavares et al, 2010).

Devemos referir ainda que a perda gradual de cálcio nos ossos torna-os mais propensos a fraturas, podendo ainda ocorrer calcificação de ligamentos e dificuldades na movimentação de articulações, o que leva a uma diminuição das amplitudes articulares e á possível instalação de processos inflamatórios (Barros et al, 2005).

Falando mais pormenorizadamente, Vago & Lovecchio (2014), sugerem que o envelhecimento tem consequências que se manifestam em todos os tecidos e sistemas do corpo humano. Destas, destacam-se as alterações do sistema neuromuscular, pois têm impacto direto na mobilidade e independência física dos indivíduos.

Assim, são várias as razões que levam os músculos a enfraquecer com o passar dos anos: diminuição do tamanho das fibras musculares, diminuição do número de fibras rápidas e atrofia das mesmas, diminuição da capacidade de ativação de unidades motoras, alterações neuro endócrinas, responsáveis por alterações nos neurónios motores e degeneração neuromuscular (Vago & Lovecchio, 2014, citando Narici & Maffulli, 2010).

A atrofia muscular associada ao envelhecimento está ligada ao aumento de processos inflamatórios, síndrome metabólico, *stiffness* arterial e intolerância á glucose (Vago & Lovecchio, 2014, citando Ersheler & Keller, 2000). As modificações musculares influenciam ainda o sistema respiratório, alterando volumes e capacidades inspiratórias e expiratórias e, consequentemente, o sistema cardiovascular (Vago & Lovecchio, 2014).

O evento biológico envelhecer é ainda caraterizado por alterações do equilíbrio e controlo motor, especialmente associado a condições clinicas que reduzam a transmissão de informação sensorial, aumentando assim o risco de queda.

Consequentemente, verifica-se uma diminuição da mobilidade e autonomia do idoso (Vago & Lovecchio, 2014, citando Buatois, Gauchard, Aubry, Benetos & Perrin, 2007).

A adoção de um estilo de vida sedentário está intimamente relacionado com a diminuição significativa das amplitudes articulares ao longo deste processo. Os défices de mobilidade e equilíbrio também têm consequências negativas no que respeita à marcha, diminuindo a velocidade da mesma. Assim, a conjugação de todos os fatores anteriormente mencionados aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa (Vago & Lovecchio, 2014).

Ao falarmos em envelhecer e em idosos é inevitável falar-se em envelhecimento bem-sucedido. Formas de ter um envelhecimento saudável tem-se tornado o tema de diversos estudos na área da geriatria e da gerontologia.

Segundo Botelho (2005), a velhice bem-sucedida é a velhice saudável, uma vez que os estudos mostram que a saúde está associada ao bem-estar e à felicidade.

De acordo com WHO (2002), o envelhecimento ativo é um processo de otimização de oportunidade de saúde, participação e segurança no decurso da vida, de maneira a promover qualidade de vida à medida que se envelhece.

Segundo a mesma fonte, no processo de envelhecimento ativo, ou bem-sucedido, a perda de capacidades é menor, tendo os fatores extrínsecos um papel neutro ou positivo (ex: exercício físico ao longo da vida com um papel positivo). À medida que a pessoa envelhece surgem limitações, sendo solicitadas nesse momento reservas e a capacidade de adaptação do indivíduo para se ajustar de uma forma coerente a essa nova situação de vida (Fontaine, 2000).

A velhice bem-sucedida está associada a três grandes condições: reduzida probabilidade de doenças; manutenção de um elevado nível funcional nos domínios cognitivo e físico; e manutenção de empenho social e de bem-estar subjetivo.

Assim sendo, o envelhecimento ativo depende de uma grande variedade de influências que envolvem não apenas os indivíduos, mas também as suas famílias e as próprias nações (Direção Geral de Saúde, 2004). Tendo em conta isto, a existência de redes de apoio informal são essenciais para assegurar a autonomia, uma autoavaliação

positiva, uma maior saúde mental e maior satisfação com a vida, fatores essenciais para o envelhecimento ativo (Paúl & Ribeiro, 2011).

Os indivíduos idosos ativos e saudáveis, para além de se manterem autónomos, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (WHO, 2002). Assim, a “chave de um desenvolvimento bem-sucedido” parece estar em manter um estilo de vida ativo (Botelho, 2005; Polimeni, 2012). O principal objetivo do envelhecimento ativo acaba por ser o aumento da expectativa de uma vida saudável e com qualidade.

O envelhecimento ativo requer uma pessoa ativa num mundo ativo. Uma pessoa que envelhece ativamente é considerada um agente ativo e complexo em interação com um contexto a vários níveis: família, comunidade e sociedade (Fernández-Ballesteros, 1999; Mattson, 2012).

De acordo com Fernández- Ballesteros (2009), o processo de envelhecimento ativo é considerado como produto do “*processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional e social*”. Promover o envelhecimento ativo implica, por um lado, a otimização das condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Deste modo, envelhecer bem, está intimamente ligado aos comportamentos que se têm. Segundo Maciel (2010), manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental a ser alcançada.

Existem várias determinantes associadas ao envelhecimento ativo, são elas económicas, sociais, pessoais, comportamentais, ambiente físico e serviços sociais e de saúde (WHO, 2002; Warburton, Nicol & Bredin, 2006).

A cultura e o género são considerados fatores transversais, pois a cultura rodeia tudo e todos, moldando o modo como se envelhece e influenciando todas as outras determinantes do envelhecimento. Os valores culturais e as tradições determinam o modo como a sociedade vê os seus idosos e o processo de envelhecimento.

No que respeita às determinantes comportamentais, estas incluem a adoção de estilos de vida saudáveis e uma participação ativa, importante em todas as fases do

desenvolvimento humano. A isto, encontramos ligada a prática de exercício físico sendo estes comportamentos importantes na prevenção de doenças, na diminuição do declínio funcional, no aumento da longevidade e na promoção de qualidade de vida.

Em relação aos sistemas de saúde e serviços sociais é necessário um enfoque das suas políticas na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acesso equitativo aos cuidados de saúde primários e cuidados continuados (WHO, 2002; Warburton, Nicol & Bredin, 2006), para que promovam o envelhecimento ativo. Para o idoso ter saúde é a componente mais importante da felicidade (Fernández-Ballesteros, 1999).

Nos fatores pessoais é necessário referir os biológicos, os genéticos e os da personalidade. Apesar do envelhecimento ser um processo biológico determinado geneticamente, é consensual que as trajetórias de vida individuais no que respeita à saúde e à doença são resultado da combinação de fatores genéticos, ambientais, de estilos de vida, nutrição e oportunidades (WHO, 2002). A personalidade, a inteligência e a capacidade cognitiva, nomeadamente no que respeita à adaptação, à mudança e à perda são fortes determinantes do envelhecimento ativo (WHO, 2002). É igualmente importante que as pessoas, ao envelhecer, consigam lidar da melhor forma com a situação para evitar uma crise no decurso do envelhecimento. Temos a autoestima como um dos principais fatores preditivos da felicidade. Se uma pessoa está satisfeita com ela própria supõe-se que também estará satisfeita com a sua vida (Fernández-Ballesteros, 1999).

Relativamente ao ambiente físico, a segurança em casa, a acessibilidade, a existência de equipamentos e de condições sanitárias básicas e a proximidade aos serviços podem determinar entre o isolamento e a integração, entre o estar fechado em casa e circular pelo ambiente com segurança.

Nos determinantes relacionados com o ambiente social, aspetos como o suporte social, oportunidades a nível de educação e aprendizagem ao longo da vida, a paz e a proteção de violência e do abuso são fatores chave quando se menciona de um ambiente social que proporciona saúde (WHO, 2002). A falta ou a descuidada destas situações pode levar a um cenário de solidão, isolamento social, iliteracia, o abuso e a exposição a situações de conflito serão seguramente fatores de risco para a morbilidade e mortalidade.

A contribuição das relações sociais para a saúde e bem-estar dos idosos é importante para um envelhecimento ativo com sucesso, uma vez que contribuem para que o indivíduo se prepare e recupere das exigências da vida que estão associadas ao próprio envelhecimento (Antonelli, Rubini & Fassone, 2000). Sabemos ainda que idosos que vivem em suas casas continuam ativos nos seus papéis familiares, enquanto os que se encontram em instituições vêm os seus contatos com as pessoas mais próximas reduzidos (Antonelli, Rubini & Fassone, 2000).

Segundo WHO (2002), é importante dar ênfase a determinantes económicos, há que dar destaque aos rendimentos, à proteção social e do trabalho. Idosos com baixos rendimentos são particularmente vulneráveis, parece existir uma relação entre rendimentos e felicidade até ao ponto de estarem satisfeitas as necessidades básicas.

Em síntese e tendo em conta a mesma fonte, todos as determinantes estão relacionadas e quando se pretende intervir ao nível da atividade física/exercício físico não se podem abandonar variáveis pessoais, ambientais, sociais, entre outras, capazes de determinar a diferença entre o sedentarismo e a aderência à atividade física.

2. Atividade Física no envelhecimento

A relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento tem vindo a ser cada vez mais estudada e discutida cientificamente. Atualmente é praticamente consensual entre profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso de envelhecimento.

Segundo Matsudo, Matsudo & Neto (2001), o exercício físico pode ser definido como uma subcategoria da atividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, resultando na manutenção ou melhoria de um ou mais aspetos da condição física. É o exercício realizado com a intenção de melhorar a forma física.

Em idades avançadas o exercício físico atua na manutenção da função, para conservar ativos todos os sistemas que formam o organismo, tais como: sistema muscular, sistema nervoso e sistema osteoarticular (Geis, 2003).

A condição física caracteriza-se pelas *“potencialidades de resposta e integração de um indivíduo, no âmbito bio motor, face ao seu desenvolvimento bio social”*

(Pereira, 1997). Para Matsudo et al (2001), a condição física é uma característica que o indivíduo tem ou atinge, como sendo a capacidade aeróbia, a resistência muscular, a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade. Para outros autores, é um estado fisiológico de bem-estar que permite ao indivíduo realizar as tarefas do dia-a-dia, ou ter um bom desempenho desportivo, ou ambas.

É também importante, tendo em conta que falamos em idosos, definir funcionalidade. Esta pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem para desempenhar determinadas funções ou atividades, ou seja, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de independentemente desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e do que a rodeia (Maciel, 2010, citando Duarte, Andrade & Lebrão et al, 2007). Estas atividades às quais o autor se refere são conhecidas como atividades da vida diárias, que se podem subdividir em atividades básicas da vida diária (ABVD), que envolvem tudo o que se relacione com o autocuidado e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que nos indicam a capacidade do indivíduo levar uma vida independente dentro do meio em que vive, por exemplo, ir às compras ou administrar as suas próprias finanças (Maciel, 2010).

Segundo Faria (2001), a atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que se traduz num aumento de dispêndio energético, acima do nível de repouso, engloba movimentos realizados no trabalho, nas atividades domésticas, nos tempos livres, nas deslocações, etc., podendo ser descrita em termos de duração, frequência e intensidade. O principal objetivo é melhorar o estado de saúde. A complexidade ao nível da definição de atividade física tem dificultado a construção de instrumentos que possam assegurar maior precisão (Reis, Petroski & Lopes, 2000; Kessler, Sisson & Short, 2012).

De acordo com Barata (1997), a prática de atividades físicas é valorizada em termos sociais, pois nem todas as pessoas podem integrar essa prática nos seus padrões de vida, e valorizada também pelos seus potenciais benefícios para a saúde, ainda de acordo com este autor *“mais importante do que a intensidade a que deve ser praticada determinada atividade física, é que essa atividade seja na realidade praticada, ainda que mais ligeiramente”*. Isto está associado à ideia de que os benefícios da prática de exercício físico para a saúde resultam da sua regularidade, uma vez que se trata de um processo adaptativo do organismo.

Com o aumento da idade também aumenta a probabilidade do aparecimento de enfermidades. A prática de atividades físicas regulares aumenta a longevidade média, assim, a ação preventiva do exercício é mais eficaz do que curativa, isto é, um estilo de vida ativo tem uma ação preventiva sobre um conjunto de doenças cardiovasculares e metabólicas. Esta prática de atividades físicas pode retardar ou atenuar o envelhecimento, atuando diretamente na promoção da saúde e na prevenção (Amaral, Pomatti & Fortes, 2007).

Para Shepard (1997), o envolvimento em atividades físicas de forma regular pode retardar o declínio das capacidades funcionais e consequente perda de independência, existindo assim uma proteção em relação à perda de capacidades. Videira (2005), diz-nos que a atividade física ao diminuir a perda de capacidade funcional, quer física quer psicológica, contribui para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, a perda de autonomia e independência, o que representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso.

A atividade física segundo vários autores, parece desempenhar um importante papel ao promover modificações seletivas na composição corporal, na aptidão metabólica e na aptidão física, assumindo assim, um papel fundamental tanto na manutenção e promoção da saúde como na independência do idoso para realizar as tarefas diárias. A prática de atividade física visa contrariar perdas de massa muscular, relacionadas com o processo de envelhecimento. Este aumento da capacidade funcional do idoso traduz-se na melhoria da qualidade de vida (Videira, 2005; Kessler, Sisson & Short, 2012). Assim sendo, deve estimular-se a população idosa para uma prática de atividades físicas capazes de promover a melhoria na aptidão física relacionada com a saúde. Segundo um estudo de Benedetti, Meurer & Mazo (2009), a participação em atividades é um dos fatores da percepção positiva sobre a autoimagem e autoestima encontradas na população idosa. Posto isto, e mais uma vez, nos apontam que o praticar atividade física auxilia na prevenção de diversas patologias associadas ao envelhecimento, são exemplo disso a osteoporose, doenças pulmonares obstrutivas crónica, demências, quedas, doença de Parkinson entre muitas outras.

Temos como benefícios físicos do exercício a melhoria na função cardiovascular; o aumento do tamanho e força dos músculos e da força dos ligamentos para aumentar a postura, prevenindo a instabilidade das articulações e a diminuição das

dores músculo-esqueléticas; melhoria no esforço do trabalho e mudança na constituição do corpo.

Os benefícios do exercício físico estão geralmente associados ao bem-estar físico e psicológico (Ogden, 2004). Ainda de acordo com este autor, o exercício físico melhora o estado de espírito, a disposição e a energia vital, podendo facilitar o sentido de humor, ajudando os indivíduos a enfrentar a tensão e o desafio de uma forma mais eficaz e positiva, melhora também a autoestima e a autoconfiança, ou seja, praticar exercício físico pode aumentar os sentimentos de realização e de autoeficácia.

O exercício físico pode também conduzir à redução da ansiedade, funcionando assim como mediador em relação à resposta ao stress (Ogden, 2004).

Segundo Oliveira (2006), o exercício na terceira idade pode estar associado a importantes benefícios psicológicos: características da personalidade mais desejáveis; promoção e melhoria da autoeficácia, da satisfação com a vida, da felicidade e da Qualidade de Vida; e diminuição dos níveis de tensão, ansiedade e depressão.

Ainda de acordo com este autor, nem todo o tipo de exercício produz benefícios, sendo que o exercício de competição gera exaustão, podendo levar a elevados níveis de stress. Existe uma altura a partir da qual a atividade física não produz efeitos benéficos, passando a constituir-se como um fator de risco. Pode falar-se, de um lado “negro” da atividade física, ou seja, para alguns indivíduos o exercício pode tornar-se num comportamento compulsivo. Existem indivíduos que se tornam viciados no exercício e são obsessivos quanto aos seus programas, chegando a exagerar na duração e intensidade do exercício. O exercício, como qualquer outro vício pode tornar-se o centro da vida do indivíduo e este acaba por negligenciar as suas obrigações pessoais e sociais. Não será de todo difícil encontrar adultos idosos que, ao se reformarem de um emprego sedentário, encontram a corrida como um passatempo tornando-se dependentes dela a nível emocional. (Paúl & Ribeiro, 2012).

Caetano (2004), defende que a atividade física deve ser adaptada às características e limitações de cada um; a avaliação da aptidão física e fisiológica antes de se iniciar um programa é determinante para o sucesso do mesmo. Segundo Carvalho (1999), a atividade física só traz benefícios se for praticada de forma racional,

controlada e adaptada ao estado de saúde e de condição física de cada um, de forma a não sobrecarregar excessivamente o sistema cardiovascular e locomotor.

Os programas de atividade física para idosos devem ser orientados no sentido de melhorar a capacidade física geral do indivíduo, atenuando o efeito lesivo do envelhecimento. Caetano (2004), recomenda que o exercício físico seja adaptado às condições físicas, doenças e limitações dos idosos.

A prática de atividade física no idoso encerra vários objetivos ao nível físico e fisiológico, social e psicológico, que se resumem num objetivo principal que é a melhoria do bem-estar e da Qualidade de Vida do idoso (Carvalho, 1999).

Segundo vários estudos, nos tempos que correm é muito importante e cada vez se dá mais ênfase ao fato de se envelhecer com qualidade de vida e autonomia e toma-se como uma das principais preocupações a prática de atividade física no programa de promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde recomenda como fatores determinantes da adoção de estilos de vida saudáveis a participação ativa no cuidado da própria saúde, o envolvimento em atividades físicas adequadas, o consumo de alimentos saudáveis, a abstinência tabágica, o consumo moderado de álcool e a utilização de medicamentos adequados (Pinto, Fernandes & Botelho, 2007, citando WHO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a probabilidade de um indivíduo ser fisicamente ativo encontra-se relacionado com a influência de fatores individuais, micro e macroambientais. Os fatores macroambientais incluem as condições gerais socioeconómicas, ambientais e culturais; os microambientais incluem a ligação ao ambiente onde se vive e se trabalha. Nos fatores individuais, destacam-se as atitudes em relação à atividade física, o acreditar em si próprio, o acreditar que pode ser ativo, o conhecer novas oportunidades, entre outros (Maciel, 2010).

É do conhecimento geral os benefícios que tem a prática de atividade física ao nível do envelhecimento ativo, no entanto é necessário desenvolver informações e diretrizes apropriadas baseadas no perfil da população e ajustadas ao género; é importante fornecer oportunidades acessíveis, de baixo custo e agradáveis para que todos os idosos permaneçam ativos; devem apoiar-se grupos e líderes que promovam atividade física regular e moderada para pessoas durante o processo de envelhecimento e deve-se informar e treinar indivíduos e profissionais para a importância de

permanecerem ativos enquanto envelhecem (Pinto et al, 2007, citando WHO, 2005). Ao elaborar-se um programa de promoção de atividade física para idosos deve levar-se em consideração a falta de companhia e de interesse, como sendo principais barreiras, no momento de estabelecer políticas de saúde pública (Maciel, 2010, citando Matsudo et al, 2001).

A adoção de níveis satisfatórios e adequados de atividade física, praticada regularmente durante o maior número de dias da semana (mínimo 3), com uma duração á volta de 30 minutos, com a inclusão de etapas onde ocorram exercícios de resistência muscular, equilíbrio, coordenação, agilidade e flexibilidade, contribui para o controle de peso e redução do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro do cólon, além de aumentar a capacidade funcional e a mobilidade, prevenir doenças do aparelho músculo-esquelético e o risco de quedas, lesões e fraturas associadas, bastante frequentes na população idosa; as respostas ao treino de endurance e força, por indivíduos idosos, mantém e melhoram os níveis de volume de oxigénio máximo, débito cardíaco e diferença arteriovenosa de oxigénio, ajudando a compensar a redução na massa e força muscular tipicamente associada ao processo de envelhecimento (Pinto et al, 2007, citando Oliveira, 2005; WHO, 2006; Edwards & Tsouros, 2006; Bennett et al, 2006; Lindwall et al, 2006; Nelson et al, 2007).

Tendo em conta outros estudos, existe uma preocupação mundial em consolidar uma estratégia global de dieta, atividade física e saúde capaz de incluir recursos e investimentos e que preencha a lacuna que existe entre o sector da saúde e os restantes sectores. Assim, a Organização Mundial de Saúde publicou uma guia para implementação de políticas crescentes de atividade física, estabelecendo diretrizes para maximizar níveis adequados de saúde estruturados na atividade física, ao longo do ciclo de vida, merecendo especial destaque a prevenção e controle das doenças crónicas e não transmissíveis e a aquisição de melhores condições de saúde e bem-estar físico, mental e social (Pinto et al, 2007, citando Lebrão & Duarte, 2003; WHO, 2007).

Para a população idosa, recomenda-se que se inicie o programa de atividades físicas com um trabalho de baixo impacto e intensidade, fácil realização e curta duração, uma vez que, geralmente não apresenta uma condição física desenvolvida e por ter algumas limitações músculo-esqueléticas. As principais atividades recomendadas para

esta população são exercícios aeróbicos, força e resistência muscular, flexibilidade e equilíbrio (Maciel, 2010).

Segundo o ACSM (2010), é importante o treino aeróbico em idosos pois uma baixa aptidão cardiorrespiratória pode contribuir para a mortalidade prematura, além disso, uma menor aptidão a este nível contribui para uma redução na capacidade funcional fisiológica, o que pode gerar uma perda da independência. Segundo esta fonte, nesta população (caso não haja patologias muito limitativas), a atividade aeróbica deve ser praticada com uma intensidade moderada por um mínimo de 30 minutos, 5 dias por semana ou então mais vigorosa mas apenas 25 minutos e apenas 3 dias por semana. Caso as indicações anteriores não forem possíveis devido à condição mais debilitada do idoso então o treino deve todo ele ser incentivado dentro das possibilidades do idoso e do que a sua condição permitir.

Segundo os princípios gerais de treino da população idosa, tudo depende do estado patológico e funcional do indivíduo, podendo modificar-se sempre que necessário o plano de treino. Cada caso é um caso.

De um modo geral, no treino aeróbico em indivíduos idosos temos que a caminhada é uma excelente modalidade, atividades aquáticas, bicicleta estacionária também são boas opções. A modalidade deve ser acessível, agradável e conveniente para promover a adesão (ACSM, 2010). Para minimizar complicações e promover a adesão a longo prazo, a intensidade para idosos inativos deve ser baixa no início e progredir de acordo com a tolerância do indivíduo. Um exercício não tem necessariamente de ser vigoroso e contínuo para ser benéfico; um acumular diário de 30 minutos de atividade física pode proporcionar benefícios de saúde; Deve ter-se sempre em conta a medicação que os indivíduos idosos estão a realizar pois esta pode ter influências na frequência cardíaca (Tavares et al, 2010, citando ACSM, 2010). No que respeita à duração e intensidade e para prevenir lesões, os idosos devem aumentar a duração da sessão antes de aumentar a intensidade, por exemplo, idosos que tenham dificuldades em manter o exercício 30 minutos são aconselhados a exercitar-se com sessões de 10 minutos ao longo do dia.

Como foi falado anteriormente, no indivíduo idoso, existe uma redução da massa muscular que contribui para uma redução da força e resistência muscular, problemas estes que devem ser combatidos pois podem levar a deteriorações no equilíbrio, falta de

independência, entre outros. Deve portanto ser implementado um programa de treino de resistência com a finalidade de evitar e atenuar a perda de massa muscular. Segundo ACSM (2010), devem realizar-se exercícios aos grandes grupos musculares, o número de repetições vai de acordo com a avaliação que o profissional executou, deve promover-se o repouso adequado entre os exercícios para prevenir a fadiga e quanto à frequência, devem ser realizados os exercícios em 2 ou mais dias não consecutivos por semana.

Também a flexibilidade é um ponto forte a ser tratado na 3ª idade já que diminui com a idade e com a inatividade física. Um idoso menos flexível e com menos massa muscular não conseguirá realizar as suas atividades básicas da vida diária com a facilidade desejada (ACSM, 2010).

Nos dias de hoje, o número de quedas em idosos representa um sério problema de saúde. Estima-se que 35%- 45% dos indivíduos na 3ª idade que residem em comunidades, mas que, de um modo geral são saudáveis, caem pelo menos uma vez por ano (ACSM, 2010, citando JAGS, 2001). *“Um equilíbrio reduzido pode ser atribuído ao declínio relacionado à idade em múltiplos sistemas fisiológicos que contribuem para uma menor flexibilidade e força musculares, processamento central reduzido devido à informação sensorial e respostas motoras mais lentas”* (ACSM, 2010, citando JAGS, 2001). Não está ainda definida a frequência, a duração, nem os tipos de exercício ideais, mas recomenda-se que o treino de equilíbrio seja realizado 3 dias por semana durante 10 a 15 minutos (ACMS, 2010).

De forma muito sucinta, e para colmatar, temos como principais benefícios de uma atividade física regular o *“aprimoramento na função cardiovascular e respiratória”*, redução de risco para doenças coronárias, redução da morbilidade e mortalidade, redução da ansiedade e depressão, vida independente melhorada, maior facilidade no desempenho das atividades diárias, menor risco de quedas, prevenção de limitações funcionais e aumento da sensação de bem-estar (ACMS, 2010).

Posto isto e de acordo com Baker et al (2008), a promoção de um estilo de vida ativo é a abordagem ideal para combater os elevados níveis de inatividade na população idosa a nível mundial. Assim, a atividade física surge como um meio de modificar os hábitos de vida do idoso, ao retardar o aparecimento de doenças crónicas e ao mantê-los

funcionalmente capazes de realizar as tarefas do dia-a-dia por mais tempo (Benedetti et al, 2007).

De acordo com os mesmos autores, observa-se em todo o mundo um aumento crescente da implementação de programas de atividade física, sendo de destacar “*a importância do envolvimento social e a necessidade de criar hábitos saudáveis de vida por meio de prática regular de atividades físicas*”.

3. Profissionais envolvidos

Papel dos profissionais no aconselhamento para a prática de atividade física e orientação

É do conhecimento geral, que os termos atividade física, saúde e qualidade de vida estão intimamente ligados entre si. O sedentarismo é sem dúvida um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, sendo algumas delas das principais causas de morte no mundo ocidental.

Deve haver uma orientação rigorosa e personalizada para a prática de atividade física e os profissionais das mais variadas áreas são os responsáveis por tal aconselhamento.

Os médicos e outros profissionais de saúde deveriam aconselhar habitualmente os seus utentes para a adoção e manutenção de uma atividade física regular (Constantino, 1998). De acordo com o mesmo autor, a posição e valorização social do estatuto dos profissionais é extremamente importante, uma vez que as suas indicações e conselhos são tomados em consideração pelas pessoas. Segundo Jacobson, Strohecker, Compton & Katz (2005), os conselhos dos profissionais podem ser um forte estímulo para a ação preventiva na saúde.

De acordo com a Comissão Europeia (2008), profissionais como os médicos dos cuidados primários podem ajudar os seus utentes idosos a compreender os benefícios da atividade física, dando-lhes motivação para aumentar os seus níveis de prática através de recomendações de exercício físico adequado às suas necessidades.

Os profissionais de saúde de um modo geral, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, entre outros e os técnicos de desporto (muitos deles lidam diariamente com a população idosa e sabem fazer as avaliações necessárias para aconselhar uma prática consoante as necessidades de cada idoso), que se encontram envolvidos nas comunidades podem ser uma mais-valia, pois podem aconselhar no que respeita aos benefícios da atividade física. Uma orientação personalizada irá ter em conta a idade, a ocupação profissional, o estado de saúde, as experiências de exercício físico, entre outros fatores relevantes (Orientações da União Europeia para a prática de atividade física, s/d).

Segundo Donaldson et al (2005), o potencial impacto das intervenções dos profissionais na promoção da atividade física é uma das áreas mais intensamente estudada relativamente à intervenção junto das populações. Isto tem a ver com o facto, destes profissionais terem meios de chegar às populações.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar aconselhamento adequado sobre a atividade física relativamente às condições específicas das pessoas com quem interagem na sua prática clínica. Durante toda a sua formação de base, estes profissionais deveriam obrigatoriamente receber informação sobre a necessidade de praticar atividade física, sobre a melhor forma de a introduzir na vida quotidiana e, portanto, sobre mudanças de estilo de vida (Orientações da União Europeia para a prática de atividade física, s/d).

É ainda importante que os clínicos gerais estejam cientes da relevância da atividade física na prevenção de um vasto leque de doenças. *“A prescrição de exercício, em que o exercício é prescrito pelos clínicos gerais como forma de melhorar o estado de saúde ou de reduzir o risco de contração de doenças, está a tornar-se numa forma muito popular de sugerir a prática de atividades de exercício físico em centros de lazer”* (Orientações da União Europeia para a prática de atividade física, s/d).

Para além dos ditos esquemas de “recomendação de exercício”, o aconselhamento como forma de aumentar a participação da população na atividade física como marcha e ciclismo tornou-se parte integrante do papel dos médicos de clínica geral em muitos países.

Segundo as orientações da União Europeia para a atividade física, na 3ª idade, é necessária mais investigação no sentido de tentar explorar as possibilidades de mudar atitudes e aumentar a consciencialização para os efeitos positivos de um estilo de vida adequado e mais saudável. Os serviços de saúde, os governos locais e as organizações podem desempenhar um importante papel na quebra da resistência em iniciar ou continuar a desenvolver atividade física nesta faixa etária. Tais entidades podem promover iniciativas que permitam ultrapassar, por um lado, as possíveis limitações a nível económico, e, por outro, as inibições culturais e psicológicas. *“Os médicos de prestação de cuidados primários podem prestar assistência a pacientes de idade mais avançada de forma que estes compreendam as vantagens da prática de exercício físico, prescrevendo os regimes de exercício físico adequados e encaminhando-os para especialistas em atividade física e em exercício físico”*.

A Organização Mundial de Saúde tem algumas recomendações gerais para a prática de atividade física dirigidas a toda a população e outras que se destinam a grupos etários específicos. Para adultos com mais de 65 anos, a meta recomendada é de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, 5 dias por semana, ou pelo menos 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, a isto juntam-se ainda exercícios de treino de força e de equilíbrio, a fim de evitar quedas.

Para Mendes, Sousa & Barata (2011), o papel dos profissionais de saúde na prescrição correta e adequada de exercício físico aos pacientes é fundamental para o envolvimento destes no aumento dos seus níveis de atividade física contribuindo assim, para a promoção da sua saúde e para a prevenção e tratamento de algumas das principais doenças crónicas não transmissíveis.

Falemos agora, especificamente, dos Fisioterapeutas. É meta do fisioterapeuta adiar a instalação das incapacidades que surgem com o processo de envelhecimento; tratar alterações motoras e funcionais decorrentes de patologias e problemas associados e trabalhar a reabilitação do idoso dentro das suas especificidades e potencialidades. Deve portanto, atuar ao nível primário, secundário e terciário voltado sempre para a saúde do idoso (Lustri & Morelli, 2007).

Para Johnson (2001), a fisioterapia é de grande importância na reabilitação geriátrica. Entender o processo de encaminhamento e as possíveis intervenções e

contribuições irão permitir que membros de outras equipas de reabilitação passem a utilizar os serviços que a profissão proporciona.

O fisioterapeuta está envolvido na avaliação, no exame, no tratamento e prevenção de distúrbios cardiovasculares, pulmonares, neuromusculares e músculo-esqueléticos. A fisioterapia na saúde do idoso tem como objetivo avaliar os problemas clínicos e funcionais caraterísticos desta faixa etária (Johnson, 2001). Em Portugal, estes profissionais podem ser encontrados em Hospitais Públicos e Privados, clínicas de reabilitação, centros de saúde, lares, serviços ao domicílio, entre outros.

Este profissional de saúde deve avaliar a função e não apenas focar-se nos comprometimentos e nas medidas de amplitude de movimento e força. O fisioterapeuta deve determinar, sempre que possível, qual a alteração patológica e qual é causada por desuso. Na geriatria, por norma a abordagem nunca deve ser feita apenas de um único sistema, mas sim de um conjunto. Avaliações de equilíbrio, de postura, de marcha, de amplitude de movimento, cognição, o tentar perceber o ambiente em que vive o idoso, os cuidados que tem consigo mesmo, devem ser parâmetros a avaliar nas primeiras sessões (Jonhson, 2001; Deliberato, 2002).

O fisioterapeuta é capaz de atuar em todos os níveis de prevenção e atenção á saúde, não devendo ficar apenas restrito a ações de reabilitação e curativas (Deliberato, 2002).

A prevenção na fisioterapia pode atuar nos períodos onde o organismo se encontra num estado de saúde ótimo. Exercícios físicos globais e específicos, orientações posturais, realizados tanto individualmente como em grupo, pode ser definida como uma medida primária da fisioterapia para tratar o envelhecimento motor. Esta abordagem da fisioterapia tem como objetivos principais diminuir o uso de medicação, melhorar a capacidade funcional, de um modo geral melhorar a qualidade de vida do idoso (Freitas, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006). Quando o idoso está limitado por alguma patologia, é importante que se atue com o objetivo de o colocar novamente funcional, ou pelo menos tentar, ou seja, colocar o idoso incapacitado numa posição útil na sociedade (Freitas, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006).

Na área da fisioterapia na geriatria, o terapeuta encontra um vasto número de indivíduos, onde uns necessitam de assistência total e outros são totalmente

independentes, mas necessitam de tratamento. A fisioterapia deve modificar a sua visão, quase exclusivamente estabelecida para a recuperação e reabilitação dos indivíduos, e explorar, atividades voltadas para a prevenção. Fisioterapeutas que já atuam especificamente nesta área agem como promovedores de ideias e ações e contribuem de forma positiva para o controle das enfermidades (Neuwald & Alvarenga, 2005).

Assim, e dadas as evidências, praticar atividade física sob aconselhamento de um profissional parece uma melhor estratégia para o sucesso.

PARTE II- Desenho da investigação e Objetivos

4. Desenho da Investigação e objetivos

Escolher um método de investigação não é de toda tarefa fácil, pois tem de se ter em conta a questão de investigação, a natureza do problema em estudo, a perspetiva do investigador face aos possíveis rumos para abordar o problema e os sujeitos que irão estar envolvidos na investigação. Dadas as inúmeras opiniões sobre a atividade física para o envelhecimento ativo, da forma como deve ser praticada, da frequência, da regularidade, entre outros, é vantajoso aplicar o método qualitativo para os fisioterapeutas e técnicos de desporto. Para entendermos a opinião dos idosos terá mais vantagem a utilização do método quantitativo com esta população. Desta forma, optou-se por recorrer a uma abordagem qualitativa e quantitativa para desenvolver esta temática.

Para o desenvolvimento do projeto foi necessário traçar objetivos a atingir, assim, definimos os seguintes objetivos como sendo essenciais no contexto da investigação:

Objetivo geral: Conhecer quais as opiniões dos profissionais e idosos acerca da importância da atividade física para o envelhecimento ativo.

Objetivos específicos:

- Caracterizar de forma breve os sujeitos que participam na investigação;
- Analisar a relação entre a atividade física regular e o envelhecimento ativo;
- Conhecer a representação que os fisioterapeutas e os técnicos superiores de desporto têm sobre a influência da atividade física na saúde do idoso, enumerando vantagens e desvantagens;
- Verificar se, os profissionais envolvidos no estudo aconselham a prática da atividade física e como a aconselham;
- Conhecer a representação que os idosos têm sobre a influência da atividade física na saúde do idoso.

- Conhecer quais as estratégias aconselhadas pelos fisioterapeutas e pelos técnicos superiores de desporto relativamente à prática de atividade física para o idoso

Questão orientadora: Em que medida os fisioterapeutas, os técnicos de desporto e os idosos reconhecem a importância da prática de atividade física para o envelhecimento ativo?

PARTE III- Estudo Empírico

5. Metodologia

5.1. População alvo (participantes) / Caracterização da amostra

O presente projeto recai sobre a opinião de Fisioterapeutas, Técnicos superiores de Desporto e idosos no que respeita à importância da prática de atividade física para o envelhecimento ativo. A população alvo foi escolhida de forma a que compreendesse e partilhasse características comuns. Farão parte deste estudo 3 Fisioterapeutas, 3 Técnicos de Desporto e 63 idosos. No que respeita aos idosos, as idades estão compreendidas entre os 60 e os 89 anos, sendo 41 dos inquiridos do sexo feminino (65,1%) e 22 do sexo masculino (34,9%), o nível de escolaridade varia desde o 1º ciclo até ao nível superior. Aos profissionais serão efetuadas entrevistas e aos idosos será entregue um inquérito por questionário. O local de entrega e recolha das informações da população idosa foi Centro de Fisioterapia de Beja, lda.

Foram tomados alguns cuidados com a amostra, dos quais se destacam o fato de se privilegiar os sujeitos que tem as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente de amostra e escolher um conjunto de informações que possa possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

5.2. Procedimentos e Instrumentos utilizados

Neste ponto começamos por apresentar uma explicação sobre os procedimentos e instrumentos utilizados na componente quantitativa do estudo e posteriormente o que remete à parte qualitativa.

No que respeita ao método quantitativo, é um método que pressupõe uma intervenção reduzida por parte do investigador, recorrendo a uma observação indireta e caracteriza-se pela aplicação da quantificação, tanto nas modalidades de recolha de informação, como no tratamento das mesmas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas (Dalfovo, Lana & Silveira, 2008).

Para obter os dados pretendidos o investigador parte para a aplicação de, por exemplo, um inquérito por questionário que é nada mais, nada menos do que “*um*

instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem” (Ghiglione & Matalon, 1997). Através da aplicação do inquérito por questionário a uma amostra de indivíduos escolhida pelo investigador é possível uma inferência estatística através da qual se verificam hipóteses. Contudo, construir este instrumento não é de toda tarefa fácil pois é necessário saber com exatidão o que procuramos e garantir que as questões têm o mesmo significado para todos; as questões devem ser claras, sem qualquer ambiguidade para que o inquirido saiba exatamente o que responder (Ghiglione & Matalon, 1997).

De uma forma resumida, os questionários têm por objetivos estimar certas grandezas “absolutas”, estimar grandezas “relativas”, descrever uma população e verificar hipóteses (Ghiglione & Matalon, 1997).

Segundo os mesmos autores, num inquérito por questionário, podem existir questões abertas e questões fechadas. Nas questões abertas, o inquirido responde como quer, utilizando o seu próprio vocabulário, fornecendo os pormenores e fazendo os comentários que considere certos; Nas questões fechadas, apresenta-se à pessoa, depois de se lhe ter colocado a questão, uma lista preestabelecida de possíveis respostas onde lhe é pedido que indique a que melhor corresponde à resposta que deseja dar.

No presente estudo, depois de escolhida a amostra foi utilizado um inquérito por questionário (consultar anexo III) como forma de recolha de dados, neste caso específico, o questionário em causa teve por base dois questionários já existentes, sendo eles o SF-36V2 (Estado de saúde) e o EQ-5D (Qualidade de vida) e foram-lhe acrescentados outros grupos de questões consideradas relevantes para responder à pergunta de partida deste projeto, assim, temos um questionário onde se podem encontrar as ditas questões fechadas e uma questão aberta.

A análise estatística dos dados de um inquérito por questionário são úteis no âmbito do tratamento quantitativo, permitindo assim, comparar as respostas globais de diferentes indivíduos (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Os dados são o resultado final dos processos de observação e experimentação (Vairinhos, 1996). Assim, para análise dos inquéritos por questionário serão utilizadas a análise descritiva, a análise inferencial e a análise correlacionar.

A natureza dos dados recolhidos assim como os objetivos que procurámos atingir no estudo em causa, levou-nos a utilizar um conjunto de procedimentos, na sua maioria com recurso ao programa estatístico S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences) para o Windows, versão 23.0.

Em termos **descritivos** fizemos análises de frequência das variáveis em estudo e utilizámos medidas de tendência central, mais concretamente a média, o desvio padrão como medida de dispersão e ainda os valores mínimos e máximos.

Relativamente às técnicas de **estatística inferencial** foi necessário verificar a distribuição dos valores da amostra, recorrendo para o efeito ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), com correção de Lilliefors, a fim de podermos decidir sobre a viabilidade de utilização ou não de técnicas paramétricas, para realizarmos a comparação de médias obtidas pelos elementos que constituíam sub-grupos da amostra relativos ao género.

Assim, e tendo em consideração que não se verificou a existência de uma distribuição normal dos valores obtidos foi utilizado teste de Mann-Whitney.

Foram também verificados os **índices de fiabilidade e consistência interna** (Alpha de Cronbach) relativamente a todos os itens que constituíam o questionário utilizado. O Alpha de Cronbach é uma das medidas mais utilizadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (fatores) e pode variar entre 0 e 1, considerando-se de muito boa quando o valor for superior a 0.9, de boa se se situar entre 0.8 e 0.9, de razoável entre 0.7 e 0.8, fraca se estiver entre 0.6 e 0.7 e de inadmissível quando o valor obtido for inferior a 0.6 (Pestana e Gageiro, 2005).

Para medirmos a intensidade e a direção da associação entre as variáveis em estudo recorreremos à **análise correlacional**, utilizando para o efeito o coeficiente de correlação Ró de Spearman, o qual representa uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. As correlações lineares directas (positivas) ou inversas (negativas) consideram-se significativas para níveis de significância *p-value* ≤ 0.05 . De acordo com Pestana & Gageiro (2005), sugere-se que um R menor que 0.2 indica uma associação linear muito baixa, entre 0.2 e 0.39 baixa, entre 0.4 e 0.69 moderada, entre 0.7 e 0.89 alta e por fim entre 0.9 e 1 uma associação muito alta (Pestana & Gageiro, 2005).

No que respeita ao método qualitativo, é um método de investigação que teve grande influência da fenomenologia (Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 1990) daí o estudo fenomenológico ser uma vertente desta abordagem que visa entender um fenómeno, retirar a essência do ponto de vista dos sujeitos que vivem ou viveram a experiência; outra das vertentes é a teoria fundamentada, que tem por objetivo conceber uma teoria a partir de dados recolhidos junto de indivíduos que possuam experiência no assunto em causa. A terceira vertente é a etnográfica, que pretende descrever um sistema do ponto de vista das pessoas que partilham a cultura que se está a estudar (Fortin, 1999). Hoje em dia muitos são os investigadores a utilizar a abordagem qualitativa nos seus processos de investigação.

As três vertentes apresentam objetivos diferentes, no entanto partilham algumas características.

Ao utilizar este método o investigador não se pode colocar como perito e entendido em tudo pois trata-se de uma nova relação sujeito-objeto, o investigador tem de reconhecer que esta relação é marcada pela intersubjetividade (Fortin, 1999). *“A intersubjetividade marca uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento”* (Rousseau; Saillant, 1995, citando Fortin, 1999).

Os sujeitos que irão participar neste estudo tiveram ou têm experiência numa área particular, neste caso específico recorreremos a profissionais com experiência em atividade física e que trabalhassem com idosos. Estes profissionais devem também possuir um saber pertinente perante a situação. É importante que os indivíduos selecionados para o estudo sejam capazes de testemunhar sobre a experiência e consigam descrever o que é realmente do interesse do investigador (Fortin, 1999).

Algumas são as críticas apontadas a este método, nomeadamente o tamanho da amostra (amostras pequenas), a falta de fidelidade, a pouca validade dos métodos, entre outras. Recorrer a este método não é de todo fácil, pois não existem linhas mestras explícitas, nem procedimentos garantidos sobre como deve ser delineado e colocado em prática, contudo, existe atualmente mais rigor por parte dos investigadores e já existe alguma literatura que indica que a investigação qualitativa está bem implantada e cada vez se desenvolve mais (Fortin, 1999).

Dada a breve explicação sobre um dos métodos a utilizar, método qualitativo, especificaremos agora que se pretende realizar este método sob a forma de estudo de caso e explicaremos todos os passos deste processo.

O estudo de caso é uma investigação empírica que nos fala sobre um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real e é adequado quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos nos quais se encontram simultaneamente envolvidos diversos fatores, com isto Yin (1994), define estudo de caso tendo em conta as *“características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos”*.

Vários são os autores que definem estudo de caso, temos Bell (1989), que o define como *“um termo guarda – chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre fatores e eventos”*; Fidel (1992), define-o como um método de pesquisa de campo, sendo um estudo em que quase tudo pode ser considerado um “caso”, um indivíduo, uma organização, um pequeno grupo (Coutinho, 2003, citando Heck, Kantorsky, Jardim & Silva, 2005), neste caso específico teremos para recolha de dados um pequeno grupo de indivíduos.

Ponte (2006), dá-nos uma visão mais pormenorizada de estudo de caso, considerando que *“é uma investigação que se debruça sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e caraterístico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse”*.

Um estudo de caso apresenta caraterísticas importantes das quais se destacam o revelar experiências da vida, procurar representar os diferentes e por vezes conflitantes pontos de vista sobre determinada situação, utilizar uma linguagem mais acessível e procurar retratar a realidade de uma forma completa e profunda (Ludke, 1986, citando Heck et al, 2005).

Segundo Benbasat, Goldstein & Mead (1987), as caraterísticas consideradas mais relevantes são o fato desta investigação ter de ocorrer no seu ambiente natural, os dados devem ser recolhidos utilizando diversos meios (observações diretas e indiretas, entrevistas, registos de áudio e vídeo, entre outras), devem ser analisadas uma ou mais

entidades (pessoa, grupo, organização), não são utilizadas formas experimentais de controlo ou manipulação, os resultados dependem fortemente do poder de integração do investigador e por fim, o facto de ser uma pesquisa envolvida com questões “como” e “porquê” e não “o quê” e “quantos”.

A utilização do método qualitativo sob a forma de estudo de caso visa apreender determinada situação baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de algumas proposições teóricas que nos conduzem à recolha e análise dos dados (Heck et al, 2005) e compreende como principais objetivos desenvolver teorias sobre o que está a ser estudado (Fidel, 1992), descrever situações e/ou fatos, proporcionar conhecimento sobre o assunto em estudo e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no estudo (Guba; Lincoln, 1994); para Ponte (2006), o objetivo resume-se apenas a descrever e analisar, no entanto, Gomez, Flores e Jimenez (1996), optaram por generalizar e sintetizar os objetivos, como sendo, “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*”, para eles, essenciais.

Por tudo isto, esta foi a estratégia considerada adequada para o desenvolvimento de parte deste projeto pois trata-se de uma pesquisa exploratória que foca de um modo aprofundado um determinado fenómeno.

Explicado o “estudo de caso”, é de realçar que, a recolha de informações diferencia-se principalmente pelos objetivos que se propuseram para o trabalho e pelo contexto em que se situam (De Ketele; Roegiers, 1993), sendo a entrevista a técnica de recolha de informação que melhor se adequa a uma das partes deste projeto.

A entrevista pode definir-se como um método de recolha de informação que consiste “*em conversas orais, individuais ou de grupos, com pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha de informações*” (De Ketele; Roegiers, 1993).

As entrevistas têm como principal função mostrar determinados aspetos do fenómeno que se está a estudar, aspetos estes que o investigador tenha necessidade de aprofundar e, assim, completar as pistas de trabalho já então sugeridas pelas várias leituras realizadas (Quivy; Campenhoudt, 2003).

É essencial e necessário que a entrevista decorra de uma forma muito aberta e flexível e que o investigador evite fazer perguntas numerosas e demasiado precisas. Uma entrevista refere-se frequente e diretamente ao tema proposto pelo investigador e não àquilo de que o indivíduo entrevistado deseja falar. O objetivo está ligado aos objetivos propostos para a investigação e não para o desenvolvimento pessoal do indivíduo entrevistado (Quivy; Campenhoudt, 2003).

De um modo simples, entrevistar oferece aos investigadores acesso às ideias, pensamentos e memórias das pessoas nas suas próprias palavras, em vez de ser nas palavras do investigador, dá ao investigador a hipótese de desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam os aspetos do mundo (Reinharz, 1992, citando Reinharz & Classe, 2002).

São conhecidas pelo menos três formas para se processar entrevistas na investigação qualitativa, são elas: as entrevistas estruturadas, as semi – estruturadas e as não estruturadas ou abertas.

No presente estudo foi opção a entrevista semi – estruturada devido às suas características e potencialidades.

A entrevista semi – estruturada é uma das mais utilizadas na recolha de informação e é a que mais permite ter flexibilidade nas questões, permite que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as suas respostas como ele considere mais adequado, explorando de uma maneira flexível os aspetos relevantes (Santos, 1991, citando Gomez et al, 1996). Diz-se semi – estruturada no sentido em que não é totalmente aberta nem encaminhada por um grande número de questões e caracteriza-se pela existência de um guião (consultar anexo I) previamente preparado que irá servir de orientação no decorrer da entrevista, garantindo que os participantes respondam às mesmas questões. As perguntas do guião são relativamente abertas e a ordem pela qual são realizadas não tem necessariamente de ser a ordem pela qual estão no guião (Quivy; Campenhoudt, 2003).

Neste tipo de entrevista há que deixar o entrevistado falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe pareça mais adequada. O investigador apenas terá de se esforçar para reencaminhar a entrevista para os objetivos sempre que o entrevistado se afastar deles (Quivy; Campenhoudt, 2003).

Este tipo de entrevista apresenta possíveis vantagens e possíveis pontos fracos. Como vantagens temos a otimização do tempo disponível, o tratamento sistémico dos dados, o permitir seleccionar temas para aprofundar e o permitir a introdução de novas questões; como possíveis pontos fracos temos o facto de, o investigador ter de estar bem preparado para a entrevista e também não podemos esquecer a observação, ou seja, durante a entrevista temos de observar o entrevistado, estar atentos a expressões e a comportamentos não-verbais e após o fim da entrevista devemos escrever todas as notas que consideramos importantes (Santos, 1991, citando Gomez et al, 1996).

A entrevista inicia-se quando o gravador é ligado, os gravadores, por vezes impressionam um pouco o entrevistado mas facilmente este se abstrai dele, deixa de lhe dar atenção (Quivy; Campenhoudt, 2003). É claro que, para gravar, são propostas algumas formalidades de origem ética, assim, o entrevistado terá de autorizar a gravação, para isto é-lhe entregue um termo de consentimento informado (consultar anexo II) de participação no estudo, que autorize a utilização dos dados recolhidos, é-lhe também garantido o anonimato e a confidencialidade bem como o eliminar das gravações após serem analisadas (Quivy; Campenhoudt, 2003).

Obter boas entrevistas é o que qualquer investigador deseja, no entanto não existe ainda nenhuma forma específica para o conseguir, mas existem tópicos que devem ser seguidos para que tudo corra da melhor forma possível e para que se obtenham resultados minimamente razoáveis, assim, segundo Taylor e Bogdan (1998, citando Fragoso, 2004), o investigador não deve emitir juízos de valor, deve deixar as pessoas falarem, deve prestar atenção, ser sensível e deixar que falem do que é mais importante. Para Fontana e Frey (1998, citando Fragoso, 2004), o investigador deve ser bom ouvinte, persuasivo o quanto baste, flexível e objetivo.

O êxito de uma entrevista para recolha de dados depende em grande parte do investigador e da forma como guia as suas entrevistas.

Ao lermos as entrevistas pretende-se ter acesso à compreensão dos sujeitos entrevistados e à forma como estes atualizam as suas representações e saber como constroem lógicas interpretativas com as quais justificam as suas atividades.

Após a realização das entrevistas no campo, estas serão transcritas para um documento para que se possa proceder ao tratamento dos dados, é possível tomar conhecimento de uma das transcrições das entrevistas no anexo IV.

Segundo Erickson (1986, citando Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990), é a partir do momento em que o espírito analisa o material a recolher, ou já recolhido, que podemos falar em “dados” de uma investigação.

Miles e Huberman (1984, citando Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990), apresentam-nos um modelo de análise de dados na investigação qualitativa que consiste em três passos: a redução dos dados, a sua apresentação e a interpretação/verificação das conclusões.

A redução dos dados aparece-nos como o processo de seleção, de simplificação, de abstração e de transformação do material compilado. É uma operação contínua, que vai do momento em que é determinado um campo de observação até à fase em que se decide aplicar um sistema de codificação a proceder a resumos (Miles & Huberman, 1984, citando Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990). Estes autores definem a fase de tratamento dos dados como a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões. A interpretação e a verificação das conclusões consistem na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados através da formulação de relações ou de configurações expressas em proposições ou modelos, trata-se de *“extrair significados a partir de uma apresentação – síntese dos dados, colocando em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações possíveis, tendências causais e proposições”* (Miles & Huberman, 1984, citando Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1990).

O método da entrevista encontra-se sempre relacionado com um método de análise de conteúdo (Rocha & Duesdará, 2005), assim, para o tratamento dos dados deste trabalho foi escolhida a análise de conteúdo, que para Vala (1986), se trata da *“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de linhas de significado, resultado de uma relação dinâmica entre as relações de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise”*.

A análise de conteúdo aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do seu objeto, trata-se da sistematização, da tentativa de dar mais objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos (Rocha & Deusdará, 2005).

No uso do método qualitativo, após a realização das entrevistas seguindo o guião anteriormente mencionado, passou-se à transcrição das mesmas para em seguida passar à estruturação de tabelas de onde se poderá seguir mais tarde para a análise dos resultados.

Numa primeira etapa resumiu-se em tabela os diferentes temas relatados no guião, retirar das entrevistas as diferentes unidades de conteúdo, enquadrando-as em diferentes categorias e subcategorias. Após isto, tentou-se clarificar toda a informação que está nessas tabelas, que passaram por várias reestruturações, onde foram inseridas as frequências das respostas dadas pelos entrevistados e irão ser reorganizadas as categorias e subcategorias como mostra o quadro resumo (consultar anexo V), pode também analisar-se em anexo uma tabela de uma entrevista individual (consultar anexo VI).

5.3. Definição das variáveis (método quantitativo)

A variável manipulada pelo investigador é conhecida como variável independente, isto porque as situações experimentais que testam esta variável são definidas independentemente mesmo antes da própria experiência se iniciar. A segunda variável, os resultados nos testes de estatística, é conhecida como variável dependente, porque os resultados do teste são dependentes da maneira como o investigador manipula a variável independente (Pocinho, 2009).

No inquérito por questionário entregue aos idosos podemos observar como variáveis independentes a idade, o género, a escolaridade, o estado civil e a profissão, as restantes variáveis, ou seja, as variáveis dependentes tem a ver, de um modo generalista, com o estado de saúde do idoso.

6. Análise de dados

6.1. Análise Quantitativa

Passamos agora a mostrar e explicar as tabelas referentes à análise de dados dos inquiridos por questionário.

6.1.1. Análise descritiva

Questionámos a nossa população sobre as patologias mais evidentes, tendo em conta a faixa etária em causa e sendo o local de recolha de informações o Centro de Fisioterapia de Beja, lda.

	Patologias Músculo- esqueléticas (Freq.)		Patologias Cardíacas (Freq.)		Patologias Respiratórias (Freq.)		Patologias Neurológicas (Freq.)		Outras (Freq.)	
Género	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Não	10	4	37	18	38	21	41	21	31	13
Sim	31	18	4	4	3	1	0	1	10	9
Total	41	22	41	22	41	22	41	22	41	22

Tabela 1 - Patologias

Analisando a tabela acima referida, podemos visualizar que a maior incidência se encontra nas patologias músculo-esqueléticas, sendo a frequência de respostas positivas de 49 inquiridos, 31 mulheres e 18 homens, correspondendo isto a uma percentagem de 75,6% e 81,8%, respetivamente. Patologias músculo esqueléticas são patologias do foro ósseo ou muscular, por exemplo, fraturas, contraturas, tendinites, tendinoses, hérnias discais, entre outras.

A segunda patologia com maior incidência é o de outras patologias, considerou-se como exemplos de outras patologias problemas como diabetes, depressão, hepatites, hipertensão arterial, entre outros. Aqui a frequência é de 10 para as mulheres e 9 para os homens sendo as percentagens de 24,4% e 40,9%.

Problemas cardíacos, respiratórios e neurológicos foram os menos apontados pelos 63 idosos que fizeram parte do estudo, não sendo as percentagens significativas.

Através das restantes questões que compunham o questionário, procurámos saber como estava a mobilidade, quantas vezes realizou atividades vigorosas e durante quanto tempo o fez, se caminhou durante pelo menos 10 minutos sem parar, a duração das caminhadas normalmente, o número de horas que passa de pé em movimento e o número de horas que passa sentado.

Para comprovar a fiabilidade do instrumento utilizado relativamente aos restantes itens que o compunham, calculámos o valor de Alpha de Cronbach tendo obtido um valor de .881, como podemos constatar na tabela 2, podendo concluir que a consistência interna do mesmo era boa.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
.881	25

Tabela 2 – Alfa de Cronbach

Como podemos analisar na tabela abaixo (tabela 3), no que respeita à condição geral de saúde os inquiridos responderam maioritariamente que a sua saúde é razoável ou boa sendo que apenas 1,6% dos mesmos se sente ótimo(a).

Diria que a sua saúde é:		
	Frequência	% Válida
Fraca	4	6,5
Razoável	35	56,5
Boa	22	35,5
Ótima	1	1,6
Total	62	100

Tabela 3- Saúde

Comparativamente com o ano anterior apenas uma percentagem mínima (3,2%) refere sentir-se muito pior e a maioria sente que está na mesma (58,1%).

Os inquiridos foram também confrontados com questões que se relacionam com o seu dia-a-dia e com as atividades que executam diariamente, analisemos a tabela abaixo:

		Não consigo realizar	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	Total
Tomar banho, vestir sozinho(a)	Freq.	0	1	4	14	44	63
	%	0,0%	1,6%	6,3%	22,2%	69,8%	100,0%
Andar vários metros	Freq.	1	7	8	28	19	63
	%	1,6%	11,1%	12,7%	44,4%	30,2%	100,0%
Levantar ou pegar compras supermercado	Freq.	1	8	16	26	12	63
	%	1,6%	12,7%	25,4%	41,3%	19,0%	100,0%
Subir vários lances de escadas	Freq.	2	6	15	30	7	60
	%	3,3%	10,0%	25,0%	50,0%	11,7%	100,0%
Inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se	Freq.	2	10	16	25	8	61
	%	3,3%	16,4%	26,2%	41,0%	13,1%	100,0%
Atividades Moderadas	Freq.	2	5	21	24	11	63
	%	3,2%	7,9%	33,3%	38,1%	17,5%	100,0%
Atividades Violentas	Freq.	5	10	35	9	2	61
	%	8,1%	16,1%	56,5%	14,5%	4,8%	100,0%

Tabela 4 – Atividades Diárias

A maioria dos idosos questionados sente pouca dificuldade ou nenhuma em tomar banho e vestir-se sozinho. Podemos concluir portanto que a maioria está funcional no que respeita à sua higiene e estão autónomos para tratar minimamente de si.

Nos tópicos andar vários metros e levantar ou pegar compras do supermercado, a maioria sente pouca dificuldade ou nenhuma, sendo a percentagem de 74,6% e 60,3% respetivamente.

Subir vários lances de escadas também não parece ser o problema maior dos nossos idosos, pois 50% refere ter pouca dificuldade em executar este exercício, apenas 3,3%, percentagem equivalente a 2 inquiridos, refere não conseguir realizar.

Na realização de atividades moderadas, tais como, andar rápido, deslocar uma mesa, aspirar, temos 2 grupos de maior percentagem, 33,3% refere sentir alguma dificuldade e 38,1% menciona pouca dificuldade.

Nas atividades violentas como correr, levantar pesos, entre outras, 56,5% refere ter algumas dificuldades, apenas 4,8% diz realizar sem nenhuma dificuldade.

Posto isto, os idosos inquiridos ainda estão aptos para realizar as suas atividades básicas da vida diária com autonomia.

A tabela que se segue diz respeito à realização de tarefas que exigem maior esforço como consequência do seu estado de saúde físico. Como mostra a tabela 5, 23 dos inquiridos revela algumas dificuldades, 18 refere poucas dificuldades e apenas 2 nos dizem ter imensas dificuldades em executar este tipo de tarefas.

Dificuldade em executar o trabalho ou tarefas diárias que exigem maior esforço		
	Frequência	% Válida
Imensas	2	3,2
Muitas	3	4,8
Algumas	23	36,5
Poucas	18	28,6
Nenhumas	17	27
Total	63	100

Tabela 5 – Tarefas diárias (maior esforço)

A tabela que se segue teve como objetivo avaliar a forma como os idosos inquiridos se sentiu e como lhe correu a sua vida diária nas últimas 4 semanas.

		Nunca	Pouco tempo	Algum tempo	Quase sempre	Sempre	Total
Sentiu-se cheio de vitalidade	Freq.	2	7	12	35	5	61
	Perc. (%)	3,3%	11,5%	19,7%	57,4%	8,1%	100,0%
Sentiu-se deprimido	Freq.	1	1	16	12	31	61
	Perc. (%)	1,6%	1,6%	26,2%	19,7%	50,9%	100,0%
Sentiu-se calmo	Freq.	3	8	7	30	15	63
	Perc. (%)	4,8%	12,7%	11,1%	47,6%	23,8%	100,0%
Sentiu-se cansado	Freq.	4	3	30	19	7	63
	Perc. (%)	6,3%	4,8%	47,6%	30,2%	11,1%	100,0%
Sentiu-se feliz	Freq.	1	7	13	24	18	63
	Perc. (%)	1,6%	11,1%	20,6%	38,1%	28,6%	100,0%
Sentiu-se com muita energia	Freq.	4	8	16	29	6	63
	Perc. (%)	6,3%	12,7%	25,4%	46,0%	9,6%	100,0%

Tabela 6 – Forma como se sentem

Podemos interligar o tópico “sentiu-se com muita energia” com o tópico “sentiu-se cheio de vitalidade”, pois os inquiridos sentiram-se assim *quase sempre*, sendo as percentagens de 46% e 57,4% respetivamente. É portanto normal, pois se o idoso está cheio de vitalidade e com energia está predisposto a realizar o seu dia-a-dia com mais vontade e empenho, podemos ainda dizer que 38,1% dos inquiridos considera estar *quase sempre* feliz.

No que respeita aos pontos “sentiu-se calmo” e “sentiu-se cansado”, os valores não são alarmantes. Apenas 3 idosos (4,8%) referem *nunca* estar calmos e 7 idosos (11,1%) dizem estar *sempre* cansados, a grande percentagem de idosos que está *quase*

sempre calmo ronda os 47,6%, também se verifica igual percentagem para os idosos que referem estar *algum tempo* cansados.

Mas apesar disto tudo, apesar de executarem as suas atividades com alguma vontade, os nossos idosos, numa grande percentagem (50,9%) dizem sentir-se deprimidos, fator este considerado importante pois a depressão é encarada hoje em dia um problema de saúde que pode levar a sentimentos de tristeza e isolamento social.

Em suma, estar feliz, calmo, com energia, com vitalidade é uma mais-valia para o idoso envelhecer ativamente com alguma qualidade de vida, não deixando nunca de dar especial atenção ao fator “depressão”.

Se envelhecer ativamente passa por praticar algum tipo de atividade física com regularidade, então as tabelas que se seguem são importante pois permitem-nos avaliar a mobilidade, as caminhadas realizadas e a sua duração, o tempo que os nossos idosos passam de pé e sentados e a sua participação em atividades com duração superior a 10 minutos.

Termos de Mobilidade		
	Freq.	Perc. (%)
Estou limitado a andar com auxiliares de marcha	1	1,6%
Tenho muitos problemas em andar	3	4,8%
Tenho alguns problemas em andar	22	34,9%
Não tenho problemas em andar	37	58,7%
<i>Total</i>	<i>63</i>	<i>100,0%</i>

Tabela 7 – Mobilidade

Em análise á tabela sobre a mobilidade, podemos observar que a maioria dos inquiridos não tem problemas em andar, 58,7% dos idosos estarão em condições de realizar algum tipo de atividade física que lhe seja corretamente recomendada e tendo sempre em conta outros problemas clínicos e outras patologias associadas.

No caso dos 34,9% dos idosos que tem alguns problemas em andar, realizariam apenas atividades nas quais se sentissem confortáveis, tendo sido previamente avaliada a sua situação.

A tabela que se segue junta-nos a duração das caminhadas com a duração das atividades que o idoso realizou.

	Sempre que realizou atividades durante quanto tempo o fez		Duração das caminhadas	
	Freq.	Perc. (%)	Freq.	Perc. (%)
+ 60 minutos	20	33,3%	16	26,2%
45-60 minutos	14	23,3%	24	39,3%
30-45 minutos	10	16,7%	11	18,0%
15-30 minutos	10	16,7%	7	11,6%
10-15 minutos	6	10,0%	3	4,9%
<i>Total</i>	60	100,0%	61	100,0%

Tabela 8 – Tempo de atividades/ Caminhadas

No que respeita a atividades realizadas com maior esforço, 33,3% dos idosos diz tê-las realizado por mais de 60 minutos e apenas 10% refere ter realizado essas atividades entre 10-15 minutos. A maioria dos idosos faz caminhadas entre 45-60 minutos (39,3%) e 26,2% realiza-as por mais de 60 minutos. Estes idosos que caminham por períodos de tempo mais prolongados sentem a sua saúde melhorada e com isto poderão prevenir outros problemas.

É também importante saber, quanto tempo estão os nossos idosos de pé, em deslocamento, a realizar as suas atividades diárias, assim:

	Horas de pé em deslocamento a realizar tarefas quotidianas	
	Freq.	Perc. (%)
+ de 7 horas por dia	12	19,0%
5 a 7 horas por dia	20	31,7%
3 a 5 horas por dia	16	25,4%
1 a 3 horas por dia	14	22,3%
menos de 1 hora por dia	1	1,6%
<i>Total</i>	63	100,0%

Tabela 9 – Horas de pé em deslocamento

Como é possível observar na tabela, apenas 1 (1,6%) dos idosos inquiridos passa menos de uma hora por dia de pé a realizar tarefas quotidianas, a maior percentagem está situada no grupo 5 a 7 horas por dia com uma percentagem de 31,7, seguindo-se de 3 a 5 horas diárias com 25,4%. Dos 63 inquiridos, apenas 12 dizem passar mais de 7 horas por dia de pé, a realizar as suas tarefas.

Foi também analisado o número de horas que os idosos passam sentados durante o dia. 50,7%, percentagem equivalente a 32 inquiridos passam entre 3 a 6 horas por dia sentados, e 42,9% dizem estar apenas menos de 3 horas nesta posição. Apenas uma pequena percentagem de 3,2 passa entre 8 a 10 horas sentado.

6.1.2. Análise Inferencial (influência do género)

Para analisar a influência do género utilizámos o teste de Mann-Whitney como mostra a tabela abaixo indicada (tabela 10).

Teste Mann-Whitney			
	Atividades moderadas (andar rápido, deslocar uma mesa, aspirar)	Levantar ou pegar nas compras do supermercado	Andar vários metros (pelo menos 100 metros sem parar)
U de Mann-Whitney	324,5	259	316
Wilcoxon W	1185,5	1120	1177
Z	-1,92	-2,911	-2,073
Significância Assint. (Bilateral)	0,05	0,004	0,038

Tabela 10 – Diferenças entre o género m e f

Da análise da tabela é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os elementos do género masculino e feminino no que diz respeito a 3 das variáveis dependentes em estudo, nomeadamente:

- 1) Atividades moderadas (andar rápido, deslocar uma mesa, aspirar) (sig= ,05);

- 2) Levantar ou pegar nas compras do supermercado (sig = ,004);
- 3) Andar vários metros (pelo menos 100 metros sem parar) (sig = ,038).

Para qualquer das variáveis os elementos do género masculino apresentam melhores resultados em termos de valores médios do que os do género feminino (consultar tabela 11).

	Masculino	Feminino
Atividades moderadas (andar rápido, deslocar uma mesa, aspirar)	3,91	3,41
Levantar ou pegar nas compras do supermercado	4,14	3,37
Andar vários metros (pelo menos 100 metros sem parar)	4,27	3,71

Tabela 11 – Valores médios

6.1.3. Análise Correlacional

Procurou-se correlacionar atividades que pudessem ter influência nas atividades diárias dos idosos inquiridos e em algum tipo de atividade física que praticassem.

	Diria que a sua saúde é...	Em termos de mobilidade	Duração das caminhadas
Atividades moderadas (andar rápido, deslocar uma mesa, aspiras)	,415**	,585**	,318*
Levantar ou pegar as compras do supermercado	,404**	,510**	_____
Subir vários lances de escadas	,477**	,596**	,444**
Inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se	,473**	,541**	,269*
Andar vários metros (pelo menos 100 metros sem parar)	,485**	,512**	,304*

Tabela 12 – Análise Correlacional

Assim, ao correlacionarmos o que os indivíduos dizem da sua saúde com atividades moderadas, levantar ou pegar nas compras do supermercado, subir vários lances de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se e andar vários metros, obtivemos valores correspondentes a uma associação linear moderada.

Correlacionámos também a mobilidade com as mesmas atividades referidas no ponto anterior e os valores obtidos também correspondem a uma associação linear moderada.

Por último, correlacionámos a duração das caminhadas com atividades moderadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se e andar vários metros e nestes pontos, o resultado obtido foi de uma associação linear baixa. Quando correlacionámos a duração das caminhadas com subir vários lances de escadas a associação linear foi moderada, com o valor de ,444.

6.2. Análise Qualitativa

6.2.1. Análise das entrevistas

Todos os entrevistados enumeraram diversas vantagens da prática de atividade física e é unânime que praticar exercício físico é considerado um (...) *Fator preponderante na melhoria da saúde* (...) (n=6).

Como uma das principais vantagens ao nível da componente física temos (...) *aumento do consumo máximo de oxigénio, redução da pressão arterial e da frequência cardíaca, diminui o risco de diabetes, aumenta a massa muscular, massa óssea, estimula o metabolismo* (...) *melhora a força e o tónus muscular* (...) *melhora a resistência, coordenação motora e equilíbrio* (...) *melhora a realização das AVD's* (...) (n=3).

No âmbito da componente psicológica temos que (...) *melhora a autoimagem e autoconfiança* (...) (n=2) e (...) *diminui o risco de depressão* (...) (n=2).

Ao nível social (...) *aumenta a socialização e melhora a qualidade de vida* (...) (n=2).

Como desvantagem foram mencionados os (...) *riscos de queda e agravamento de algumas patologias quando a atividade física não é prescrita e orientada por técnicos com conhecimento na área* (...) (n=2).

No que toca à relação atividade física/ envelhecimento ativo é um facto que a (...) *atividade física e envelhecimento ativo estão intimamente ligados pois a atividade física promove maior longevidade e qualidade de vida ao idoso que pratica* (...) (n=4). Os entrevistados referem ainda o facto de a prática regular de exercício físico contribuir para a prevenção e controle do aparecimento de variadas patologias.

As opiniões variaram um pouco no que respeita à regularidade e duração, uns referiram (...) *mínimo 30 min (...) diariamente* (...) (n=4), outra das opiniões foi (...) *sessões de 45 minutos (...) 3 vezes por semana* (...) (n=1) e por último foi referido que a duração e regularidade varia de idoso para idoso, devendo ter sempre em conta as limitações do indivíduo.

Como exercícios mais apropriados, são referidos exercícios baseados nos pilares do movimento, exercícios que simulem os movimentos do quotidiano, exercícios de força muscular e de mobilidade, caminhadas, hidroginástica, entre outros.

É sempre aconselhada a prática de atividade física regular, a maioria dos entrevistados refere que (...) *Aconselho a atividade física a idosos (...) ter em atenção as diferentes patologias de cada um, pois cada caso é um caso e esta população deve ser direcionada para um técnico de exercício especialista* (...) (n=5).

Como estratégia de intervenção é imperativo (...) *consciencializar e explicar os benefícios da prática* (...), estipular objetivos que os idosos consigam alcançar para aumentar o seu nível de motivação. Devem ainda ser explicados os perigos de uma vida sedentária e tentar promover atividades programadas para esta população-alvo.

6.2.2. Análise da questão aberta do inquérito por questionário

A questão aberta do inquérito por questionário foi analisada individualmente em cada inquérito.

Assim:

- ✓ A totalidade dos inquiridos respondeu à questão em análise;
- ✓ A grande maioria (n=44), afirma praticar atividade física com regularidade, reconhecendo que a mesma é promotora da qualidade de vida e bem-estar, nas dimensões física e psicológica;
- ✓ A ausência temporária desta prática é explicada pelas limitações associadas a problemas de saúde, mas simultaneamente, acompanhada da vontade expressa em retomar;
- ✓ Apesar dos inquiridos elegerem a prática regular de atividade física nos contextos de ginástica e hidroginástica, sublinham também os benefícios resultantes do contato com a natureza, enquanto equilibradores da condição física e emocional;
- ✓ A vertente preventiva da prática regular de exercício é apenas indicada por um dos inquiridos (n=1), evidenciando uma preocupação centrada na melhoria da qualidade de vida já algo degradada nesta faixa etária;
- ✓ Não existe qualquer “nexo de causalidade” entre o nível de escolaridade dos inquiridos e a prática regular de atividade física. Esta transversalidade traduz uma sensibilização considerável para a problemática do combate ao sedentarismo e, consequentemente, para promoção do envelhecimento ativo.

PARTE IV – Discussão dos resultados

Objetivo 1: Analisar a relação entre a atividade física regular e o envelhecimento ativo

Uma das características da sociedade atual é o grande número de pessoas que atinge idade avançada. Atualmente é praticamente um consenso entre profissionais que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento. A maioria dos entrevistados diz-nos que (...) *atividade física e envelhecimento ativo estão intimamente ligados pois a atividade física promove maior longevidade e qualidade de vida ao idoso que pratica (...) promove a sua saúde (...)* (n=4), segundo Vago & Lovecchio (2014), os benefícios da atividade física são extensos e de acordo com Benedetti et al (2007), a atividade física surge como meio de modificar os hábitos de vida dos idosos, retardar o aparecimento de patologias e mantê-los funcionais promovendo cada vez mais a melhoria no seu estado de saúde. Para Matsudo, Matsudo & Neto (2001), a manutenção de um adequado nível de atividade física é um fator de promoção de saúde na população idosa.

Para um dos entrevistados, (...) *atividade física regular aliada com comportamentos saudáveis, desempenha um papel importante no envelhecimento ativo com qualidade (...)* (n=1), segundo Fernández-Ballesteros (1999), o envelhecimento ativo requer uma pessoa ativa num mundo ativo, pois só assim é possível alcançar alguma qualidade de vida durante esta fase da vida. Sabe-se que a atividade física é um fator determinante para o sucesso do envelhecimento, sendo que o envolvimento do idoso em atividades físicas regulares funciona a nível preventivo, como forma de retardar ou evitar a dependência (Amaral, Pomatti & Fortes, 2007).

Outro diz-nos que (...) *é importante a relação atividade física/ envelhecimento ativo pois esta prática pode controlar e evitar o aparecimento de variadas patologias como a osteoporose (...)* contribui para a redução da pressão arterial, redução do colesterol (...) (n=1), para Géis (2003), aliado ao envelhecimento surge muitas vezes uma desmineralização óssea que pode causar uma patologia que se denomina osteoporose. A osteoporose pode ser agravada por uma alimentação incorreta, pelo armazenamento insuficiente de cálcio e por a falta de exercício físico. Uma dieta equilibrada e uma prática regular de atividade física são dois dos fatores principais no

estilo de vida fazendo um importante papel na prevenção e na manutenção das possíveis debilidades que vão afetar a população idosa (Zaslavsky & Gus, 2002).

Comunicam ainda que (...) *o envelhecimento ativo é fundamental para retardar alguns dos efeitos do envelhecimento biológico, manutenção das capacidades funcionais, permitindo uma maior autonomia e independência* (...) (n=1), tendo em conta o que disse Videira (2005), envelhecer ativamente diminui a perda de capacidade funcional a todos os níveis, o que contribui para a prevenção de um dos maiores problemas do envelhecimento, a perda de autonomia e independência, o que representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida dos idosos.

O último entrevistado diz-nos que (...) *com o passar do tempo temos tendência a ficar mais frágeis fisicamente, algumas vezes incapacitados de realizar tarefas diárias, por perda de massa muscular, falta de equilíbrio, entre tantas outras alterações* (...) *praticar exercício vai minimizar este tipo de perdas* (...) (n=1). Esta ideia será explicada e justificada no objetivo seguinte com mais pormenor.

Objetivo 2: Conhecer a representação que os fisioterapeutas e os técnicos superiores de desporto têm sobre a influência da atividade física na saúde do idoso, enumerando vantagens e desvantagens

Para responder a este objetivo, na realização do quadro resumo das entrevistas subdividimos as respostas em vantagens e desvantagens, sendo as vantagens compostas por 4 tópicos: componente geral, física, psicológica e social.

É possível verificar que a totalidade dos entrevistados considera a prática de atividade física (...) *Fator preponderante na melhoria da saúde* (...) (n=6). Apesar de ser uma ideia geral de todos, mencionam também através de outras formas a importância que a atividade física tem para o envelhecimento ativo e melhoria na qualidade de vida.

Assim, (...) *idosos que pratiquem atividade física regular, podem ter benefícios a nível físico, psicológico, social* (...) *com impacto significativo no bem-estar e na qualidade de vida* (...) (n=4). Segundo Ogden (2004), o exercício físico traz benefícios geralmente associados ao bem-estar físico e psicológico, melhorando muito o estado de

espírito, a disposição e a energia vital do idoso, podendo torná-lo mais recetivo a situações diárias que lhe provoquem mais tensão. É também de referir que o praticar exercício físico aumenta, na maioria das vezes o sentimento de realização e autoeficácia (Ogden, 2004). Para Carvalho (1999), a prática de atividade física no idoso tem vários objetivos ao nível físico e fisiológico, social e psicológico, que se resumem num objetivo principal que é a melhoria do bem-estar e da Qualidade de Vida do idoso (Carvalho, 1999).

Outros entrevistados referem que (...) *os idosos devem praticar, desde que não agrave nenhum problema que possuam (...) por pouco que seja o tempo de prática é sempre importante praticar (...)* (n=3), vão então de acordo com a ideia de Maciel (2010), este autor refere que a prática de atividade física é benéfica em toda a situação desde que praticada de forma moderada, neste caso específico de idosos, deve ser tomada como linha de pensamento a prevenção de doenças e a promoção da autonomia e independência, metas fundamentais a serem alcançadas.

(...) *a atividade física é importante para o funcionamento vital do nosso organismo, claro que com as limitações que advém da idade (...)* (n=1), Caetano (2004), defende que a atividade física deve ser adaptada às características e limitações de cada um; a avaliação da aptidão física e fisiológica antes de se iniciar um programa é determinante para o sucesso do mesmo.

De um modo geral, praticar exercício físico (...) *promove bem-estar físico e psicológico, estimula aspetos cognitivos, melhora as capacidades funcionais, promove o bem-estar geral (...)* (n=2). A atividade física segundo vários autores, parece desempenhar um importante papel ao promover modificações seletivas na composição corporal, na aptidão metabólica e na aptidão física, assumindo assim, um papel fundamental tanto na manutenção e promoção da saúde como na independência do idoso para realizar as tarefas diárias. Segundo Barros, Garcia, D'Amorim, Da Silva, Vasconcelos & Carvalho (2005), praticar exercício físico proporciona maior longevidade aos idosos diminuindo a percentagem de mortalidade.

Acabámos de falar das vantagens da prática de atividade física de um modo geral. Passo agora a explicar mais especificamente, tentando interligar a componente física, psicológica e a social.

Evidências científicas indicam que a participação em programas de atividades físicas é uma das formas de reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados ao processo de envelhecimento (Maciel, 2010, citando OMS, 2005). Alguns dos entrevistados indicam-nos que, praticar exercício físico leva ao (...) *aumento do consumo máximo de oxigênio, redução da pressão arterial e da frequência cardíaca, diminui o risco de diabetes, aumenta a massa muscular, massa óssea, estimula o metabolismo (...) melhora a força e o tônus muscular (...) melhora a resistência, coordenação motora e equilíbrio (...) melhora a realização das AVD's (...) (n=3) e (...)atenua os efeitos do envelhecimento cronológico (...) (n=1)*. Para Vogel, Brechat, Leprette & Kaltenbach (2009), um comportamento ativo do idoso origina benefícios a todos os níveis destacando-se como mais importantes nesta faixa etária o aumento/manutenção da capacidade aeróbia, o aumento/manutenção da massa muscular, a redução da taxa de mortalidade, a prevenção de doenças coronárias, a melhoria do perfil lipídico, a modificação da composição corporal em função da redução da massa gorda e do risco de sarcopénia, a prevenção/controle da diabetes tipo II e hipertensão arterial, a redução da ocorrência de acidentes vasculares cerebrais, redução de ocorrência de demência, melhoria na autoestima e autoconfiança, diminuição da ansiedade e do stress, melhoria no humor levando tudo isto a uma grande melhoria na qualidade de vida desta população. Dois dos entrevistados também vão de encontro ao que nos dizem estes autores, alegando que praticar atividade física regular (...) *melhora a autoimagem e autoconfiança (...) (n=2)*.

Segundo Fleg, Morrel, Bos, Brant, Talbot, Wright & Lakatta (2005), as alterações decorrentes do envelhecimento são mais acentuadas em idosos que não praticam exercício físico. A prática de atividade física regular tem um impacto positivo em todos os sistemas e funções corporais, aumenta a eficiência cardio-respiratória, reduz a hipertensão e diminui o risco de acidente vascular cerebral, reduz o risco de doenças coronárias e demência e está associada à diminuição de sintomas depressivos tal como alguns dos entrevistados também referem, (...) *diminui o risco de depressão (...) (n=4)* (Dugan, Bromberger, Segawa, Avery & Sternfeld, 2014). Segundo Arent, Etnier & Landers (2000), o exercício está associado a uma melhoria no humor em pessoas idosas levando isto a uma diminuição do risco de depressão. Por Benedict e seus colaboradores (2013), a atividade física em idosos altera a estrutura e as capacidades funcionais do cérebro e, consequentemente, os mecanismos pelos quais o

cérebro integra as respostas metabólicas, cardiovasculares e comportamentais do exercício.

Um artigo recente de Vago & Lovecchio (2015), conclui que a prática de atividade física regular é altamente recomendada em idosos, pois são inúmeros os benefícios associados à mesma: redução do risco de lesões causadas por quedas, prevenção ou atenuação de limitações funcionais, prevenção de distúrbios cognitivos, depressão, ansiedade e funciona como uma terapia muito eficaz no caso de doenças crônicas. De acordo com o que tem vindo a ser falado ao longo deste trabalho, (...) *o exercício mantém a independência e previne a incapacidade do indivíduo* (...) (n=1).

Outra das ideias mencionadas é que (...) *nesta faixa etária a atividade física pode ajudar os indivíduos a realizar as suas tarefas do dia-a-dia com maior facilidade* (...) *torna-se mais apto* (...) (n=3). Segundo Deliberato (2002), a prática de exercício físico nesta faixa etária deve ser realizada com o objetivo de facilitar as atividades diárias do idoso ou prevenir e retardar os efeitos do envelhecimento, ou seja, com o exercício físico os músculos ficam mais fortalecidos, há uma melhoria significativa no equilíbrio e na estabilidade postural reduzindo o risco de quedas, reduzindo a imobilização do idoso e aumentando a independência nas atividades diárias, diminuindo o aparecimento de problemas psicológicos. Segundo Norberg, Boman, Lofgren & Brannstrom (2014), a atividade física tem um papel fundamental na vida do idoso, a falta dela influencia todas as suas atividades da vida diária.

Sendo que a atividade física, (...) *combate o sedentarismo contribuindo para a manutenção da aptidão física do idoso* (...) (n=2), Hernandez & Barros (2004), afirmam de forma positiva a relação entre a prática de atividade física e a melhoria das capacidades físicas e funcionais no idoso, ou seja, a atividade física contribui de maneira fundamental no combate ao sedentarismo e na manutenção da independência, o que constitui num dos fatores mais importantes de qualidade de vida na velhice.

Como componente social, a atividade física (...) *aumenta a socialização e melhora a qualidade de vida* (...) (n=2), num estudo de Cielask, Levadoski, Góes, Dos Santos, Vilela & Leite (2007), ao evidenciar correlações positivas e significativas entre o nível de atividade física e o domínio social, temos que, a prática de atividade física pode interferir nos aspetos que envolvem o convívio e o relacionamento pessoal. Para

os autores em questão, aqueles que fazem atividade física regularmente tem tendência a melhorar a sua qualidade de vida como um todo, ou seja, nas vertentes de domínio físico, psicológico, social e meio ambiente. A atividade física pode constituir um contributo essencial na valorização do idoso e na sua integração social (Paúl & Ribeiro, 2012).

A atividade física surge como coadjuvante fundamental no processo de envelhecimento, pela possibilidade que oferece a este processo natural de ser apaziguado nas várias dimensões. Uma pessoa idosa necessita de um nível mínimo e satisfatório de aptidão que lhe permita realizar as suas atividades diárias com menos fadiga, ter algumas reservas energéticas que lhe permitam usufruir de outras atividades de lazer, obter maior rapidez no restabelecimento após um período de doença, minimizar os riscos de fratura e promover o bem-estar a todos os níveis (Paúl & Ribeiro, 2012).

(...) riscos de queda e agravamento de algumas patologias quando a atividade física não é prescrita e orientada por técnicos com conhecimento na área (...) (n=2), são as desvantagens apresentadas pelos nossos entrevistados, sendo que apenas dois deles deram ênfase a este ponto. Num dos artigos científicos de Chandler (2002), referente a equilíbrio e quedas no idoso, este diz-nos que as quedas, são particularmente mais frequentes nesta etapa da vida e quando um idoso cai apresenta maior risco de lesão, estendendo-se por vezes a perda significativa da independência ou até mesmo a morte. As quedas são consideradas um fator de risco na saúde dos idosos pois são consequência de variados fatores, tais como a diminuição do equilíbrio e alterações na postura e na marcha.

Objetivo 3: Verificar se, os profissionais envolvidos no estudo aconselham a prática da atividade física e como a aconselham;

A totalidade dos entrevistados aconselha a prática de atividade física regular, os programas de atividade física nesta faixa etária devem ser orientados no sentido de melhorar a capacidade física geral do indivíduo, tentando atenuar o efeito prejudicial do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2012).

De um modo geral, a maioria dos entrevistados propõe que os idosos pratiquem atividade física regular no (...) *Mínimo 30 minutos (...) diariamente (...)* (n=4). Para Matsudo, Matsudo & Neto (2001), a participação em atividades físicas deve ser realizada nos tempos livres três ou mais vezes por semana e por mais de 30 minutos. Quem também defende esta ideia é o ACSM (2010), assim, para promoção da saúde recomenda-se que os indivíduos pratiquem atividade física durante 30 minutos, diariamente.

Um dos nossos entrevistados disse-nos que (...) *a duração e regularidade varia de idoso para idoso (...)* (n=1), ou seja, é importante avaliar cada idoso e as suas limitações para entender a frequência com que devem ser feitos os seus exercícios (Paúl & Ribeiro, 2012). Podemos aqui destacar uma importante ferramenta para a prática de atividade física em idosos, a Pirâmide da Atividade Física. Esta pirâmide ajuda a entender como promover a saúde e a qualidade de vida necessárias para um envelhecimento saudável. Na base da pirâmide encontram-se as atividades físicas não formais que são as atividades do quotidiano e que se modificam com facilidade, no segundo patamar estão as atividades aeróbicas de carácter planeado, por exemplo a caminhada ou corrida, no terceiro patamar são as atividades de força e flexibilidade e no topo da pirâmide está o período de inatividade, que se pretende que seja reduzido (Paúl & Ribeiro, 2012 citando Bauman & Smith, 2000).

A maioria da população pode e deve aumentar “*o seu nível de atividade física e promover a sua aptidão física e saúde, trazendo, simplesmente, mais atividade para a sua vida diária, já que existem numerosas oportunidades para um individuo se tornar mais ativo através da mudança de algumas rotinas normais*” (Paúl & Ribeiro, 2012).

Um último entrevistado refere que devem ser (...) *sessões de 45 minutos (...)* 3x semana (...) (n=1). Na opinião de Spirduso, Francis & Macrae (2005), a quantidade de atividade física deve ser moderada e de acordo com o que se vai praticar assim será a duração da mesma, por exemplo, atividades como jardinagem e lavar janelas ou o chão devem ser de 45 minutos, já as caminhadas e a hidroginástica 30 minutos são suficientes.

Um dos aspetos que deve ser considerado na relação atividade física, doença e saúde é a escolha do tipo de exercício a ser prescrito na 3ª idade (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001). Foi também questão desta entrevista, o **tipo de exercícios** mais apropriado

nesta faixa etária, maioritariamente os entrevistados falaram em (...) *Hidroginástica* (...) *caminhadas* (...) (n=6) e um deles disse (...) *bicicleta estática* (...) (n=1). Este tipo de exercícios são considerados do foro aeróbio, nesta faixa etária é recomendada a prescrição de atividades aeróbias de baixo impacto pois as ditas de alto impacto acarretam uma grande incidência de lesões (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001).

A componente cardiorrespiratória tem sido considerada muito importante do ponto de vista da saúde. Com o envelhecimento são observadas alterações a nível central e periférico do sistema cardiovascular, a redução de aproximadamente um batimento por minuto na frequência cardíaca máxima especulada com o aumento da idade assume especial relevância para o decréscimo de 8 a 10% no volume máximo de oxigénio a cada dez anos, em mulheres e homens sedentários (Hawkins & Wiswell, 2003). Outras alterações relevantes associadas ao processo de envelhecimento são o aumento da espessura da parede ventricular e o aumento da resistência vascular periférica com aumento da pressão arterial, o aumento no volume diastólico final, a redução no volume sistólico máximo, a redução da diferença artério-venosa de oxigénio e o reduzido débito cardíaco (Paúl & Ribeiro, 2012 citando Hawkins & Wiswell, 2003).

Segundo uma meta análise de Hawkins & Wiswell (2003), indivíduos que se mantêm ativos apresentam menor declínio na capacidade aeróbia e até mesmo indivíduos que se tornam ativos mais tarde conseguem apresentar melhor aptidão aeróbia do que os sedentários, ocorrendo assim melhorias no volume máximo de oxigénio.

Outros estudos indicam de forma sólida que a prática de exercício físico aeróbio não tem apenas melhorias a nível central e periférico, está ainda associada á melhoria do metabolismo da glicose, com a redução da pressão arterial, com a melhoria do perfil lipídico e com a diminuição dos depósitos de gordura corporal. No entanto, estes benefícios só ocorrem caso o exercício seja realizado de forma regular, sistemática e de acordo com alguns princípios (Paúl & Ribeiro, 2012 citando ACSM, 2008). Assim, são recomendadas atividades de baixo impacto articular e que englobem grandes grupos musculares como por exemplo caminhar, nadar, pedalar e a intensidade deve ser moderada e adaptada às características de cada um, de forma a não sobrecarregar o sistema cardiovascular e locomotor (Paúl & Ribeiro, 2012).

Um dos entrevistados disse-nos que os exercícios mais importantes nesta faixa etária serão (...) *exercícios baseados nos pilares do movimento humano (puxar/empurrar), mudanças de nível/altura, ou seja, exercícios que simulam os movimentos do cotidiano (...)* (n=1). Atividades diárias como varrer uma casa, alcançar objetos, subir/descer escadas, desafiam o equilíbrio. O equilíbrio é a capacidade de manter o centro de gravidade sobre a base de sustentação do corpo durante situações estáticas (manter o controle parado) e dinâmicas (manter o controle em movimento). Os sistemas sensoriais envolvidos no equilíbrio são o visual, o vestibular e o somatosensorial (Chandler, 2002; Rikli & Jones, 1999). É imperativo, segundo Rikli & Jones (1999), que o idoso seja capaz de responder a um conjunto de tarefas da melhor e mais rápida forma possível, por exemplo desviar-se do caminho a fim de ser atingido por um carro ou por um objeto, ir a casa de banho ou vigiar uma penela ao lume. Assim, o equilíbrio é um elemento muito importante a ser trabalhado com idosos, com o principal objetivo de prevenir quedas. A diminuição do equilíbrio juntamente com a diminuição da força muscular relacionam-se com a qualidade da marcha e com o aumento do risco de quedas, aumentando também o número de fraturas derivadas dessas quedas pois já existe alguma desmineralização óssea típica do idoso (Carter, Kannus & Khan, 2001).

Sabemos que exercícios baseados no equilíbrio devem ser trabalhados com os idosos, no entanto ainda não existe uma pesquisa adequada no que respeita a recomendações oficiais em termos de intensidade, frequência ou tipo de exercícios.

Também muito se tem falado na força muscular, ou melhor, na perda de massa muscular no processo de envelhecimento, por isso alguns dos nossos entrevistados dizem ser importantes (...) *exercícios de força muscular, mobilidades, resistência (leve/moderada)* (...) (n=2). Com o envelhecimento é possível observar-se uma redução da força, potência e resistência dos músculos esqueléticos, traduzindo-se numa diminuição da aptidão muscular (Paúl & Ribeiro, 2012).

A perda de força e massa muscular faz com que muitos idosos apresentem limitação funcional, sendo este um fator predisponente para muitos dos processos patológicos associados ao aumento da morbilidade e da mortalidade (Paúl & Ribeiro, 2012 citando Brill et al, 2000).

O treino de força é de extrema importância nesta faixa etária pois assume um papel fundamental na manutenção e promoção da saúde e na independência do idoso para realizar as suas tarefas do dia-a-dia. Diferentes estudos mostram que com os estímulos adequados, é possível aumentar a força e a resistência muscular nos idosos (Paúl & Ribeiro, 2012 citando Lemmer et al, 2000). Segundo parece, o treino de força ajuda a manter ou melhorar a densidade mineral óssea, a taxa metabólica basal, a sensibilidade à insulina, o tempo de trânsito intestinal e a diminuir a dor e a incapacidade que surgem pela degeneração articular (Paúl & Ribeiro, 2012).

O treino de força e resistência deve ser progressivo e individualizado, induzindo estímulos para os principais grupos musculares envolvidos nas atividades diárias (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001). É importante fortalecer os músculos responsáveis pelo equilíbrio e pela marcha necessários para a mobilidade, juntam-se a estes, exercícios para os músculos posturais para manter uma boa postura e estabilidade corporal. Este trabalho de força, deverá ser orientado para que haja um equilíbrio entre os músculos flexores e extensores (Rantanen, 2003).

De forma a obter os resultados desejados, os exercícios de força devem ser realizados com uma intensidade baixa a moderada, na sua amplitude máxima individual e de forma lenta e controlada e a respiração deve ser ritmada evitando um bloqueio respiratório (Paúl & Ribeiro, 2012).

No que respeita à frequência, segundo Mazzeo & Tanaka (2001), este tipo de exercício deve ser realizado duas a três vezes por semana, sendo ideal utilizar cargas baixas a moderadas a fim de evitar lesões no aparelho músculo-esquelético.

Tanto o treino aeróbio, como o treino de equilíbrio e o treino de força são importantes para melhorar a condição geral do indivíduo, todos os autores citados fazem um balanço positivo sobre o exercício físico. Assim, segundo (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001), a melhor opção para envelhecer ativamente é um programa de atividade física que inclua tanto treino aeróbio como treino de força muscular e se possível que ainda incorpore exercícios específicos de flexibilidade e equilíbrio. Apenas um dos nossos entrevistados fez referência mais específica a exercícios de flexibilidade dizendo que idosos sem alterações significativas deveriam pelo menos experienciar (...) *pilates* (...) *yoga* (...) (n=1).

Tudo isto tem como objetivo fundamental, e como tem vindo a ser mencionado durante o trabalho, a manutenção de um adequado nível de atividade física na prevenção e promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos. Indivíduos que se mantenham fisicamente ativos têm duas vezes mais hipóteses de morrer sem incapacidades comparativamente com indivíduos sedentários (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001).

Houve alguma unanimidade entre os entrevistados sobre quem deve prescrever exercício nesta população, assim, (...) *Aconselho a atividade física a idosos (...) ter em atenção as diferentes patologias de cada um, pois cada caso é um caso e esta população deve ser direcionada para um técnico de exercício especialista (...)* (n=5), ou seja, tal como tem vindo a ser falado, é importante respeitar sempre a condição do idoso, deve ser realizada uma avaliação individual de cada um para perceber que tipo de limitações estão presentes, isto só poderá ser feito por alguém especializado na área. Segundo Maciel (2010), os idosos também devem ser informados dos cuidados prévios à prática de atividade física, só devem praticar quando houver bem-estar físico, não se devem exercitar em jejum, roupa e calçado adequados são da máxima importância, devem respeitar sempre os seus limites pessoais e caso tenham dores, nunca devem ir para além do limite da dor, e devem iniciar a atividade de forma lenta e gradativa para permitir uma adaptação do corpo e a hidratação deve ser regular.

Um dos nossos entrevistados referiu que (...) *o serviço de personal training é uma excelente opção para esta população (...)* (n=1), isto poderia ser uma solução mas devido à situação socioeconómica de grande parte dos idosos muitos não teriam esta oportunidade. Segundo um estudo de Reichert, Barros, Domingues & Hallal (2007), uma das principais barreiras à prática de atividade física é a falta de dinheiro, juntando-se a isto a falta de companhia, a sensação de cansaço, a falta de tempo, o medo de ocorrência de lesão e a presença de algumas patologias.

Objetivo 4: Conhecer a representação que os idosos têm sobre a influência da atividade física na saúde do idoso.

A maioria dos nossos idosos estão conscientes da importância da prática regular de atividade física para o envelhecimento ativo e têm o hábito de praticar

regularmente. Os que não praticam, explicam a ausência temporária desta prática pelas limitações associadas a problemas de saúde, mas simultaneamente, acompanhada da vontade expressa em retomar.

No que respeita à condição geral de saúde, a maioria dos idosos (56,5%), responde que a sua saúde é razoável e apenas um pequeno grupo, de 1,6% diz ser ótima. Problemas associados à condição física também foram questionados e, maioritariamente as patologias músculo-esqueléticas tem a maior percentagem, sendo de 75,6% para mulheres e 81,8% para homens.

Nos pontos que se relacionam com as atividades diárias, a maioria considera-se funcional e autónomo no que respeita à sua higiene pessoal, revelam ainda facilidade em atividades que contenham degraus, ou seja, referem ter pouca dificuldade em subir vários lances de escadas.

Em análise à mobilidade, 58,7% dos idosos não têm problemas em andar, podendo realizar algum tipo de atividade física que lhe seja recomendado. Dos 34,9% que referiram alguns problemas em andar apenas realizariam atividades nas quais se sentissem confortáveis e de acordo com as suas limitações.

Caminhadas e hidroginástica são as atividades mais praticadas pelos nossos idosos, a maioria realiza caminhadas entre 45-60 minutos e 26,2% realiza-as por mais de 60 minutos.

Matsudo, Matsudo & Neto (2001), chamam a atenção pois a ausência de atividade física regular pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se num fator determinante para uma velhice mais complexa, prejudicando a qualidade de vida.

Não parecer ser o caso dos nossos idosos, mas de acordo com Carmo, Mendes & Brito (2008), a perda da capacidade funcional afeta as atividades de cuidados básicos, como tomar banho, vestir-se, entre outras. A realização das atividades diárias é um dos fatores que determinam a expectativa de vida ativa. Segundo um estudo dos mesmos autores, idosos fisicamente ativos tendem a apresentar maior grau de autonomia funcional.

Programas de orientações e incentivo sobre os benefícios da atividade física são recomendados para que os idosos mantenham a sua capacidade funcional e consequentemente, melhorem a sua qualidade de vida.

Dada a opinião expressa pelos elementos da amostra sondados, resulta como muito positivo o impacto das campanhas de sensibilização neste domínio. Assim, a intervenção a adotar, deverá ser a continuidade da implementação das medidas em curso, sem prejuízo de outras que se revelam reforçadoras desta cultura e forma de estar na vida que terá de ser adotada por todos.

Objetivo 5: Conhecer quais as estratégias aconselhadas pelos fisioterapeutas e pelos técnicos superiores de desporto relativamente à prática de atividade física para o idoso

Para responder a este objetivo decidimos juntar dois pontos que foram mencionados nas entrevistas, são eles as estratégias de intervenção e as ações concretas.

Os primeiros entrevistados remetem-nos para (...) *conscienciar e explicar os benefícios da prática (...) estipular objetivos que consigam alcançar para se sentirem motivados (...)* (n=2), estão portanto de acordo Maciel (2010), que nos diz que ao se elaborar um programa de promoção de atividades físicas para idosos deve ter-se em consideração a falta de companhia e de interesse, como principais barreiras, tentando sempre manter o idoso motivado e com objetivos alcançáveis. Assim, (...) *Atividade física realizada em grupo assume um papel importante na vida social dos idosos, podem motivar-se entre si para alcançar os objetivos (...)* (n=1) e (...) *aulas séniores (...)* (n=1), são estratégias a ter cada vez mais em consideração para satisfazer as necessidades desta população. Segundo Barros, Garcia, D'Amorim, Da Silva, Vasconcelos & Carvalho (2005), a atividade física ajuda de maneira fundamental para a manutenção da independência, neste contexto é então importante estimular a formação de grupos de terceira idade, bem como estruturá-los de forma adequada à especificidade da população idosa.

Outros entrevistados relatam que devem existir (...) *sessões informativas com parte prática (...)* (n=1), como forma de fazer ver ao idoso que o exercício é de todo vantajoso para a sua condição física. Deve-se ainda (...) *explicar os perigos de uma vida*

sedentária e tentar promover atividades programadas para a população alvo (...) (n=1). Nos dias de hoje seria também importante o (...) *Aumento da introdução de atividade física em lares, ministrado por um técnico especialista (...)* (n=2), para Vago & Lovecchio (2014), o plano de intervenção deve ser delineado com o prestador de cuidados de saúde ou preparador físico e deve ser adaptado à capacidade ou limitação do indivíduo. Já são muitos os lares a introduzir classes de atividade física mas seria importante muito mais e com maior dedicação.

Para terminar, a maioria dos entrevistados refere que (...) *já existem muitos estudos (...) mas nunca são demais, é importante mais e mais atualizados (...) e aprimorar estratégias para melhorar a intervenção com esta população (...)* (n=5).

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como foi referido no decorrer do trabalho, o processo de envelhecimento está relacionado com as inúmeras alterações físicas e psicológicas que podem interferir na condição do indivíduo, contribuindo para uma diminuição da capacidade funcional do mesmo e podendo assim influenciar negativamente a realização das atividades básicas da vida diária e das atividades diárias. Assim, torna-se importante e fundamental que os idosos pratiquem atividade física (Paula & Paula, 1998).

De entre os vários exercícios adequados a esta faixa etária, iremos dar destaque à modalidade de Hidroginástica.

No meio líquido, o corpo flutua. A flutuação diminui o efeito da ação gravitacional, reduzindo a compressão articular, facilitando a sustentação do próprio peso (Sheldahl, Tristani, Clifford, Hughes, Sobocinski & Morris, 1987).

A pressão hidrostática é outro dos princípios a ter em conta num programa de hidroginástica, quando um corpo está submerso na posição vertical em repouso, as forças compressivas exercidas por esta pressão favorecem o retorno venoso, ocorrendo um aumento do volume sanguíneo central, o que é importante ao nível cardiocirculatório (Kruel, 1994).

A temperatura da água é outro ponto fundamental a ser observado. Exercícios realizados a uma temperatura entre 26 e 29,5 graus propiciam melhores respostas fisiológicas, já que em temperaturas muito frias a circulação periférica é diminuída devido à vasoconstrição, o que reduz a oxigenação muscular, aumentando a rigidez, o risco de lesões e a ocorrência de câibras (Paula & Paula, 1998).

É importante que ao transpor exercícios terrestres para o meio aquático se respeitem as características do mesmo, a fim de evitar danos maiores nos praticantes.

A hidroginástica não é uma atividade exclusiva para idosos, no entanto é neste público que encontramos o maior número de praticantes. A maioria dos idosos procura esta atividade sob recomendação médica e apresentam algumas restrições que devem ser consideradas na prescrição e na escolha dos exercícios.

De um modo resumido, temos como vantagens da hidroginástica o aumento da capacidade aeróbia, da força muscular, da flexibilidade e o treino de habilidades

específicas como o equilíbrio e a coordenação motora. Juntamos isto com o fato desta atividade oferecer um ambiente de relaxamento e incentivo ao contato social, atuando no combate ao stress, à depressão, na melhoria da autopercepção corporal e da auto-estima.

A população alvo deste plano de intervenção são 63 idosos, do sexo masculino e feminino, com idades superiores aos 60 anos. Alguns dos idosos apresentam pequenas restrições, pelo que, os objetivos serão elaborados tendo isso em consideração.

Objetivo geral: Promover o bem-estar físico e psicológico

Objetivos específicos:

- Treinar equilíbrio e coordenação
- Melhorar a postura
- Retardar o aparecimento de novas patologias
- Evitar o agravamento de patologias existentes
- Retardar o declínio funcional
- Promover a melhoria na execução das atividades diárias

Número de sessões: 20 sessões

Frequência: Duas vezes por semana

Duração: 50 minutos

Os primeiros 10 minutos são de adaptação ao meio aquático e de procura do local onde cada idoso se sinta confortável para a prática do exercício.

Os tipos de exercício a realizar serão de marcha, simulação de corrida, treino de equilíbrio e coordenação, cardiorrespiratória, treino de mobilidades, treino de força e de flexibilidade.

Os últimos minutos serão dedicados ao relaxamento e alongamentos.

SINTESE CONCLUSIVA

Num panorama de envelhecimento demográfico, tendência que parece irreversível e que acarreta consequências a nível económico e social, importa capacitar as pessoas para que envelheçam de um modo saudável e com alguma qualidade de vida.

A prática de atividade física está inserida num conjunto de fatores que contribuem para a manutenção e melhoria da saúde e bem-estar das pessoas que envelhecem e é um dos determinantes mais importantes para o processo de envelhecimento ativo e saudável, mas, tudo isto só será possível, caso os programas de atividade física sejam à medida de cada um, das suas necessidades, interesses e objetivos (Santana & Maia, 2009).

Deve ter-se em consideração que a atividade física varia em função da idade, do sexo, da forma física, de fatores ambientais, sociais, culturais e psicológicos, constituindo-se como um elemento de abordagem multidisciplinar (Soares, 2011, citando Bouchard & Shepard, 1993; Videira, 2005). O exercício físico pode ser uma medida preventiva importante para se realizar com pessoas idosas.

Dos profissionais entrevistados para o estudo, todos eles aconselham a prática de atividade física regular como forma de prevenção e manutenção da saúde do idoso. Como benefícios descrevem a prevenção de patologias (ex.: osteoporose), manutenção da tonicidade, fortalecimento muscular, melhoria do equilíbrio e consequente prevenção de quedas, prevenção de doenças cardiovasculares e respiratórias, maior autonomia e independência, equilíbrio das funções psicológicas e maior longevidade.

Pelo inquérito por questionário aplicado aos idosos observou-se que a grande maioria pratica exercício físico e confirma a sua importância, aqueles que não praticam referem as razões pelas quais não o fazem e reconhecem que seria importante para a sua qualidade de vida mudar esse hábito. A maioria dos inquiridos considera que o seu estado de saúde é razoável (56,5%) e 58,7% diz não ter dificuldades na marcha (58,7%), o que permite que realizem as suas caminhadas entre 45-60 minutos (39,3%). Ao nível da realização das atividades diárias e apesar de apresentarem algumas patologias de origem músculo esquelética, estas são realizadas sem grandes dificuldades. Referem ainda a caminhada e a hidroginástica como as atividades mais praticadas entre eles.

Muitos são os estudos nesta temática, no entanto ainda existem parâmetros sobre a prática de atividade física nesta faixa etária que não estão bem explícitos. Deverá continuar-se a estudar este tema mais pormenorizadamente em prol do bem-estar dos idosos.

Em termos de limitações do estudo, o número de profissionais da área da Fisioterapia e do Desporto poderia ter sido maior.

BIBLIOGRAFIA

- ANTONELLI, E.; RUBINI, V. & FASSONE, C. (2000). *The Self Concept in Institutionalized and non-institutionalized elderly people*. Journal of Environmental Psychology, 20, 151-164.
- AMARAL, P. N.; POMATTI, D.M. & FORTES, V. L. F. (2007). *Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa.*, Passo Fundo: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 4 (1), 18-27.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (2010). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of orthopedic Surgeon panel on falls prevention. (2001). *Guideline for the prevention of falls*. JAGS, 49, 664-672
- ACSM, (2000a). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription* (6th edition). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- ARENT, S.M.; LANDERS, D.M.; ETNIER, J.L. (2000). *The effects of exercise on mood in older adults: a meta-analytic review*. J Aging Phys Act. 8, 407-430
- BAKER, G.; GRAY, S. R.; WRIGHT, A.; FITZSIMONS, C.; NIMMO, M.; LOWRY, R.; MUTRIE, N. (2008). *The effect of a pedometer-based community walking intervention "Walking for Wellbeing in the West" on physical activity levels and health outcomes: a 12-week randomized controlled trial*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5 (44)
- BARROS, G.; GARCIA, E.; D'AMORIM, I.; DA SILVA, A.; VASCONCELOS, G.; CARVALHO, P. (2005). *Efeito da atividade física na aptidão e qualidade de vida de idosos*. Brasil
- BELL, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. England: Open University Press
- BENBASAT, I.; GOLDSTEIN, D.K. & MEAD, M. (1987). *The Case Research Strategy in Studies of Information Systems*. MIS Quarterly, 369-386.
- BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. (2007). *Uma proposta de política pública de atividade física para idosos*. Texto Contexto Enferm, 16 (3), 387-398

- BENEDETTI, T.R.B.; MEURER, S.T. & MAZO, G.Z. (2009). *Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos*. Rio Claro: Motriz, 15 (4), 788-796
- BENEDICT, C.; BROOKS, S.; KULLBERG, J.; NORDENSKJOLD, R.; BURGOS, J.; LE GRÉVES, M.; KILANDER, L.; LARSSON, E.; JOHANSSON, L.; AHLSTROM, H.; LIND, L.; SCHIOTH, H. (2013). *Association with physical activity and brain health in older adults*. *Neurobiology of Aging*. 34
- BOTELHO, A. (2005). *A funcionalidade dos idosos*. In Paúl, C.; Fonseca, A. (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climpesi Editores, (111-135)
- CAETANO, L. M. (2004). *Prescrição de actividade física para idosos*. *Revista Horizonte*. vol. XX (116), 33-37
- CANCELA, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto
- CARTER, N.D.; KANNUS, P. & KHAN, K.M. (2001). *Exercise in prevention of falls in older people. A systematic literature review examining the rationale and evidence*. *Sports Medicine*, 31, 427-438.
- CARMO, N.; MENDE, E. & BRITO, S. (2008). *Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas*. *Passo Fundo: RBCEH*, 5 (2), 16-23
- CARVALHO, J. (1999). *Aspectos metodológicos no trabalho com idosos*. In MOTA, J.; CARVALHO, J. (edit.). *Actas do Seminário. A Qualidade de Vida no idoso: O Papel da actividade física*. Porto: Universidade do Porto. (95-103)
- CAVANAUGH, J. (1999). *Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences*. New York, Oxford: *Gerontology: An interdisciplinary Perspective*, 1-32
- CHANDLER, J. M. (2002). *Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento*. In: GUCCIONE, A. A. (2.ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- CIELASK, F.; LEVANDOSKI, G.; GÓES, S.S.; DOS SANTOS, T.K.; VILELA, G.B.; LEITE, N. (2007). *Relação do nível de qualidade de vida e atividade física em académicos de educação física*. *Fit perf*. 6, 357-361

- CONSTANTINO, J. M. (1998). *A Actividade Física e a Promoção da Saúde das Populações*. Lisboa: Omniserviços. Representações e Serviços Lda.
- DALFOVO, M.; LANA, R. & SILVEIRA, A. (2008). *Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico*. Blumenau: Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, 2 (4), 1-13
- DELIBERATO, P. C. P. (2002). *Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações*. Barueri: Manole.
- DE KETELE, J.M.; ROEGIERS, X. (1993). *Méthodologie du recueil d'informations*. De Boeck – wesmael
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministérios da Saúde
- DONALDSON G.; WILKINSON, T.; HURST, J.; PERERA, W. & WEDZICHA, J. (2005). *Exacerbations and time spent outdoors in chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med. 171
- DUGAN, S.; BROMBERGER, J.; SEGAWA, E.; AVERY, E.; STERNFELD, B. (2014). *Association between physical activity and depressive symptoms*.
- FARIA, J. C. G. (2001). *Caracterização da Actividade Física Habitual da População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; FRESNEDA, R. M.; MARTÍNEZ, J. I.; ZAMARRÓ, M. D. (1999). *La Felicidad*. Madrid: Biblioteca Nueva, (189-205)
- FERNÁNDEZ-BALLESTERO, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide
- FIDEL, R. (1992). *The case study method: a case study*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238, 37-50.
- FONSECA, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Coimbra: Universidade Católica Editora, Campus do saber nº8.
- FONTAINE, R. (2000). *O Envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento óptimo*. Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, 147-158
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Coimbra: Climepsi Editores.

- FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à Realização*. Lusociência
- FLEG, J.; MORREL, C.; BOS, A.; BRANT, L.; TALBOT, L.; WRIGHT, J.; LAKATTA, E. (2005). *Accelerated longitudinal decline of aerobic capacity in healthy older adults*. Circulation, 112 ,674- 682
- FRAGOSO, A. (2004). *El estudio de casos en la investigación de educación de personas adultas*. Investigación Y Práctica en la educación de Personas Adultas. Valencia: Nau Llibres, 41-60.
- FREITAS, E.; CANÇADO, F.; DOLL, J. & GORZONI, M. (2006). *Tratado de geriatría e gerontología*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- GEIS, P.P. (2003). *Atividade física e saúde na terceira idade teoria e prática* 5.ed. Porto Alegre: Artmed.
- GHIGLIONE R. & MATALON T. (1997). *Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- GOMEZ, G. R.; FLORES, J. & JIMÉNEZ, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion Qualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, 378.
- GUEDES, J. M. & SILVEIRA, R. C. R. (2004). *Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS*. Passo Fundo: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 10-21
- GUBA, E. & LINCOLN, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks. CA: SAGE Publications, 105-117.
- HAWKINS, S.A. & WISWELL, R.A. (2003). *Rate and mechanism of maximal oxygen consumption decline with aging*. Sports Medicine, 33 (12), 877-888
- HECK, R.; KANTORSKI, L.; JARDIM, V. & SILVA, E. (2005). *Estudo de caso: Abordagem qualitative*. Centro de pesquisas Epidemiológicas, 181-192.
- HERNADES, E.S.C.; BARROS, J.F. (2004). *Efeito de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária*. Revista Brasil, 12.

- JACOBSON, D. M.; STROHECKER, L.; COMPTON, M. T.; KATZ, D. L. (2005). *Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting*. Am J Prev Med. 29: 2 (158-162).
- JOHNSON, J. (2001). *Fisioterapia para o idoso*. In: KAUFFMAN, T. L. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- KART, C. & KINNEY, J. (2001). *The Realities of Aging: An Introduction to Gerontology*. (6ª Ed). USA: Allyn e Bacon.
- KESSLER H.; SISSON, S. & SHORT, K. (2012). *The potential for high-intensity interval training to reduce cardio metabolic disease risk*. Sports Medicine. 42, 489-509.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990). *Rechercher qualitative: fondements et pratiques*. editions Agence d'Arc inc.
- LIMA, M. (2004). *Posso Participar – Atividades de desenvolvimento pessoal*. Porto: Editora Âmbar.
- LUSTRI, W. R. & MORELLI, J. G.S. (2007). *Alterações no sistema cardiorrespiratório*. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J.G.S. *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Sp, Baruer: Manole.
- MACIEL, M. (2010). *Atividade física e funcionalidade do idoso*. Rio Claro, 16.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. (2001). *Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos*. Rev Bras Med Esporte, 7, 2-13.
- MATSON, M. (2012). *Evolutionary aspects of human exercise – born to run purposefully*. Ageing Research Reviews. 11, 347-355.
- MAZZEO R.E. & TANAKA, H. (2001). *Exercise prescription for the elderly. Current recommendations*. Sports Medicine, 31, 809-818.
- MENDES, R.; SOUSA, N. & BARATA, T. (2011). *Atividade Física e Saúde Pública – Recomendações para a prescrição de exercício*. Portugal: Acta Med Port, 24 (6), 1025-1030.
- NEUWALD, M. F.; ALVARENGA, L. F. (2005). *Fisioterapia e Educação em Saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS*. Porto Alegre: Boletim da Saúde, 19 (2), 73-82.
- NORBERG, E.B.; BOMAN, K.; LOFGREN, B. & BRANNSTROM, M. (2014). *Occupational performance and strategies for managing daily life among*

- the elderly with heart failure*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 30, 1-8.
- NOVO, R. (2003). *Para além da Eudaimonia – O Bem-estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
 - OGDEN, J. (2004). *Exercício*. Psicologia da Saúde (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores, 207-225.
 - OLIVEIRA, A. C. B. (2005). *Estudo Comparativo dos Efeitos da Atividade Física com os da Terapêutica Medicamentosa em Idosas com Depressão Maior*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP.
 - OLIVEIRA, A. I. M. (2006). *Factores Determinantes e Barreiras para a prática de actividade física nos idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa
 - OMS (2002). *Active Aging*. A policy Framework, Genebra.
 - Orientações da União Europeia para a Actividade Física. Lisboa.
 - PAÚL, C. & RIBEIRO, O.; (2011). *Envelhecimento Activo*. Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Edições Lidel, 1-12.
 - PAÚL, C. & RIBEIRO, O. (2012). *Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Manual de Gerontologia. Lidel – edições técnicas, lda. Lisboa/Porto;
 - PEREIRA, L. S. M. et al. (2006) *Fisioterapia em gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan: Tratado de geriatria e gerontologia (2. ed.).
 - PEREIRA, G. (1997). *Benefícios da Actividade Física na Condição Física*. In Themudo Barata & colaboradores. *Actividade Física e Medicina Moderna*. Póvoa de Santo Adrião: Editora Europress, 145-153
 - PINTO, P.F.; FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A. (2007). *Envelhecimento ativo e estilos de vida saudáveis: a atividade física*. Fórum Sociológico 17, 43-51
 - POCINHO, M. (2009). *Estatísticas paramétricas e não paramétricas*. Portugal
 - POLIMENI, A. (2012). *Sleep disorders, inflammaging, aging and aging related diseases*. International Congresso n healthy aging, active life and regenerative medicine. Milano.
 - PONTE, J. P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132.

- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva publicações, Lda.
- RANTANEN, T. (2003). *Muscle strenght, disability and mortality*. Scand J Med Sci Sports, 1, 3-8
- REINHARZ, S. & CLASE, S. E. (2002). *Interviewing Woman* in Saber F. Gulbenkian e Jamer A. Holstein (eds.). Sage: Handbook of Interview Research. Context and Method Thousowd Oaks, 221-238.
- REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P. (2007). *The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity*. New York: American Journal Public Health, 97, 515-9
- REIS, R. S.; PETROSKI, E. L.; LOPES, A. S. (2000). *Medidas da Atividade Física: Revisão de Métodos*. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano 2, 89-96
- REIS, E. (1996). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- RIKLI, R.E. & JONES, C.J. (1999). *Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults*. J Aging Phys Activity. 7, 129-61
- ROCHA, A.P. (2007). *O Autoconceito dos idosos*. Lisboa
- ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. (2005). *Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória*. ALEA.7, 305-322.
- SANTANA, M.S. & MAIA, E.M.C. (2009). *Atividade física e bem-estar na velhice*. Rev. De Salud Pública, 11 (3), 225-236
- SHEPARD, R. J. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. Champaign: Human Kinetics
- SOARES, I.P. (2011). *Atividade física e envelhecimento ático: o incremento da prática da atividade física através de consultoria*. Lisboa
- SPIRDUSO, W.W.; FRANCIS, K.L.; MACRAE, P.G. (2005). *Physical dimensions of aging*. Human kinetics. Champaign

- SZWABO, P. (2006) *Psychological Aspects of Aging*. In J. Pathy, E. Sinclair & J. Morley (Eds). *Principles and Practice of Geriatric Medicine* – (4ª Edição). New York. 52-57
- TAVARES, C., RAPOSO, F. & MARQUES, R. (2010). *Prescrição de exercício em Health Club* (6ª Edição). Porto Salvo: A. Manz Produções.
- TAYLOR S. & BOGDAN, R. (1998). *Working with data: data analysis in qualitative research*. Wiley.
- THEMUDO, B. (1997). *Benefícios da Actividade Física*. In Themudo Barata & colaboradores. *Actividade Física e Medicina Moderna*. Póvoa de Santo Adrião: Editora Europress, 132-144
- VAGO, P.; LOVECCHION, N. (2014). *Morphological and functional modifications during the processo f ageing: characteristics and benefits of physical activity*. Itália: Catholic University of Sacred Heart of Milan.
- VAIRINHOS, V. M. (1996). *Elementos de probabilidade e estatística*. Lisboa: Universidade Aberta.
- VALA, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto.
- VALLESPER, J. & MOREY, M. (2007). *A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação*. In A. Osório & F. Pinto (coord.). Instituto Piaget. 225-251.
- VIDEIRA, L. A. (2005). *Efeitos de um programa de exercícios cardiovasculares sobre a aptidão física e pressão arterial em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior
- VOGEL, T.; BRECHAT, P.; LEPRETTE, P.; KALTENBACH, G. et al. (2009). *Health benefits of physical activity in older patients: a review*. *Internacional Journal of Clinical Practice*, 63.
- WARBURTON, D.; NICOL, C. & BREDIN, S. (2006). *Health benefits of physical activity: the evidence*. *Canadian Medical Association Journal*. 174 (6), 801-807.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A policy Framework*. A contribution of WHO to the second United Nations World Assembly on Aging. Espanha, Madrid.
- YIN, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*, 2ª Edição. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

- ZASLAVSKY, C. & GUS, I. (2002). *Idoso. Doença cardíaca e comorbidades*. Porto Alegre: Arq Bras Cardiol, 6, 635-639
- ZIMERMAN, I. (2000). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artmed.

ANEXOS

Anexo I - Guião

Blocos	Objetivos	Tópicos
A. Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista. - Informar sobre o projeto de investigação. - Garantir a confidencialidade. - Valorizar o contributo do entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar a ajuda dos profissionais pois a sua colaboração é essencial para o sucesso do trabalho; - Informar o profissional acerca dos objetivos do projeto; - Informar o profissional sobre os passos da entrevista; - Esclarecer sobre o anonimato e pedir autorização para gravar a entrevista.
B. Caraterização dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher dados profissionais sobre o profissional que possam ser relevantes para a realização deste projeto de investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grau académico; - Nº. de anos de exercício nas funções; - Profissão e local de trabalho; - Nível motivacional para o exercício das funções com idosos; - Nível de especificação/Qualificação (cursos e formações) na área da gerontologia.
C. Opinião dos Profissionais sobre a Atividade Física no Envelhecimento Ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a real importância da prática de atividade física. - Verificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre esta temática na população idosa. - Verificar riscos e benefícios da prática de atividade física. - Verificar se os profissionais envolvidos aconselham a prática de atividade física e como a aconselham. 	<ul style="list-style-type: none"> - Levar o entrevistado a referir a real importância da prática de atividade física em geral, e em particular nesta população; - Levar o entrevistado a referir a regularidade e duração aconselhadas para a prática de atividade física; - Levar o entrevistado a mencionar quais os exercícios mais apropriados para a população idosa; - Levar o entrevistado a mencionar as razões e as situações em que aconselha ou não a atividade física para idosos; - Levar o entrevistado a analisar a relação entre atividade física regular e o envelhecimento ativo; - Levar o entrevistado a enumerar vantagens e desvantagens da prática de atividade física;

D. Contributo da Atividade Física para o envelhecimento ativo com qualidade de vida	- Conhecer a posição do profissional para evidenciar estratégias de aconselhamento para a prática de atividade física em idosos.	- Levar o entrevistado a mencionar estratégias de intervenção junto da população idosa; - Levar o entrevistado a mencionar a influência da atividade física na saúde do idoso;
E. Propostas para o futuro	- Conhecer a posição do profissional face às opiniões sobre a prática de atividade física na população idosa.	- Levar o entrevistado a referir se há necessidade de mais estudos nesta temática; - Levar o entrevistado a propor outros contributos que ache conveniente serem efetuados e como define estratégias para a sua realização. (ex: sessões informativas)
F. Observações	- Agradecer a disponibilidade do entrevistado.	- Agradecer a disponibilidade.

Anexo II - Consentimento Informado

Eu, _____

_____, - depois de ter lido e me ter sido explicado o presente Projeto de Investigação, “**A perspectiva de Profissionais e Idosos sobre a relação Atividade Física e Envelhecimento Ativo**”, tendo ficado esclarecido(a) sobre os objetivos, a metodologia a ser utilizada e as condições para a participação no estudo - dou o meu acordo para nele participar, Sei que em qualquer momento posso desistir de o fazer sem que sobre a minha pessoa e, em especial, sobre o meu tratamento, recaiam quaisquer delongas ou prejuízos. Sei que a confidencialidade dos dados será escrupulosamente respeitada e concordo em que os resultados obtidos possam ser utilizados para fins educacionais e científicos, sempre sob forma anónima. Sei que, se e quando tiver interesse, poderei ter acesso a esses resultados (para os quais parcialmente contribuí com a minha disponibilidade e boa vontade).

Data, ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional

Assinatura do investigador

Anexo III - Inquérito por Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário tem como principal objetivo conhecer a opinião de pessoas com idade superior a 60 anos e de profissionais da área do fisioterapia e do exercício físico sobre a relação que poderá existir entre a qualidade de vida e a prática regular de atividade física.

É realizado no âmbito do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária, ministrado no Instituto Politécnico de Beja e terra como **“A perspetiva de Profissionais da área do exercício e da Fisioterapia e Idosos sobre a relação Atividade Física e Envelhecimento Ativo”**.

Pretendemos com as questões que se seguem, conhecer a sua opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais. Será garantido o anonimato dos inquiridos e as respostas obtidas destinam-se exclusivamente à realização do presente estudo. Solicitamos, assim, a máxima honestidade e isenção possível.

Gratos pela vossa disponibilidade.

Grupo I

Idade: _____ Género: F ☐ M ☐ Escolaridade: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Sofre atualmente de alguma das seguintes patologias?

Patologias Músculo-esqueléticas (ex.: tendinites, contraturas, fraturas, hérnias discais) ☐

Patologias Cardiológicas (problemas cardíacos) ☐

Patologias Respiratórias (derrame pleural, pneumotórax, doença pulmonar obstrutiva crónica) ☐

Patologias Neurológicas (AVC, lesão vertebro-medular, paraplegia, Parkinson, Alzheimer) ☐

Outras (diabetes, gripe, depressão, cancro, hepatite) ☐

Para as questões que se seguem, por favor, coloque um círculo no número que melhor se identifica com a sua situação.

Em geral diria que a sua saúde é	Ótima	Boa	Razoável	Fraca	Má
----------------------------------	-------	-----	----------	-------	----

	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

Comparativamente com o que se passava há 1 ano como considera o seu estado geral?	Muito melhor	Algumas melhoras	Mais ou menos igual	Um pouco pior	Muito pior
	5	4	3	2	1

As questões que se seguem relacionam-se com as atividades que executa diariamente

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo realizar
Atividades violentas (correr, levantar pesos, atividades extenuantes)	5	4	3	2	1
Atividades moderadas (andar rápido, deslocar uma mesa, aspirar)	5	4	3	2	1
Levantar ou pegar nas compras do supermercado	5	4	3	2	1
Subir vários lances de escadas	5	4	3	2	1
Inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se	5	4	3	2	1
Andar vários metros (pelo menos 100 metros sem parar)	5	4	3	2	1
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	5	4	3	2	1

Durante as últimas 4 semanas, teve dificuldades em executar o seu trabalho ou atividades diárias que exigem maior esforço como consequência do seu estado de saúde físico?	Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Imensas
	5	4	3	2	1
Durante as últimas 4 semanas teve dores?	5	4	3	2	1

Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Nada	Pouco	Moderada	Bastante	Imenso
	5	4	3	2	1

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

	Sempre	Quase sempre	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Sentiu-se cheio(a) de vitalidade	5	4	3	2	1
Sentiu-se deprimido(a)	5	4	3	2	1
Sentiu-se calmo(a)	5	4	3	2	1
Sentiu-se cansado(a)	5	4	3	2	1
Sentiu-se feliz	5	4	3	2	1

Sentiu-se com muita energia	5	4	3	2	1
-----------------------------	---	---	---	---	---

No que respeita à mobilidade:

Não tenho problemas em andar	Tenho alguns problemas em andar	Tenho muitos problemas em andar	Estou limitado a andar com auxiliares de marcha	Estou limitado a ficar na cama
5	4	3	2	1

Nas últimas 4 semanas, quantas vezes participou em atividades vigorosas, com duração superior a 10 minutos, que tenham causado grande aumento da frequência respiratória e da frequência cardíaca, fadiga nas pernas ou transpiração?

1 vez ou menos por semana	2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou + vezes por semana
5	4	3	2	1

De cada vez que realizou este tipo de atividades, durante quanto tempo o fez?

10-15 minutos	15-30 minutos	30 - 45 minutos	45-60 minutos	+ de 60 minutos
5	4	3	2	1

Pense nas caminhadas que fez nas últimas 4 semanas. Quantas vezes caminhou durante pelo menos 10 minutos sem parar, realizando um esforço que não foi suficientemente árduo para causar grande aumento da frequência respiratória e da frequência cardíaca, fadiga nas pernas (dores musculares) ou transpiração?

1 vez ou menos por semana	2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou + vezes por semana
5	4	3	2	1

Qual a duração aproximada destas caminhadas?

10-15 minutos	15-30 minutos	30 - 45 minutos	45-60 minutos	+ de 60 minutos
5	4	3	2	1

Considerando um dia típico das últimas 4 semanas, quantas horas passa de pé em deslocamento a realizar tarefas quotidianas (e.g. ir às compras, limpar a casa)? Por favor tenha em consideração apenas o tempo em que estava realmente a movimentar-se.

Menos de 1 hora por dia	1 a 3 horas por dia	3 a 5 horas por dia	5 a 7 horas por dia	+ de 7 horas por dia
5	4	3	2	1

Considerando um dia típico das últimas 4 semanas, quantas horas passa sentado?

Menos de 3 hora por dia	3 a 6 horas por dia	6 a 8 horas por dia	8 a 10 horas por dia	+ de 10 horas por dia
5	4	3	2	1

Grupo II

A questão que se segue é de resposta aberta. Seja o mais honesto/a possível na resposta.

Pratica atividade física regular? Quer pratique ou não, diga se considera que isso melhora ou poderia melhorar a sua condição física e o seu bem-estar. Procure justificar a sua resposta.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo IV – Transcrição da entrevista individual

Entrevista N.º 4

E: Não se importa de apresentar?

R: O meu nome é Alzira, sou licenciada em desporto e atualmente estou a realizar mestrado em atividade física e saúde escolar. Sou professora de atividade física do 1º ciclo, treinadora de ténis na academia de ténis Ferreira Ativa em Ferreira do Alentejo e na escola de ténis Zona Azul em Beja e dou aulas de hidroginástica sénior nas piscinas cobertas em Ferreira do Alentejo.

E: Helena já teve conhecimento dos objetivos do nosso trabalho e do guião de entrevista que vai ser efetuada, então acha motivador trabalhar com idosos?

R: Sim já tive conhecimento dos objetivos do trabalho. A vertente do exercício físico com idosos é algo que me cativa. No meu percurso escolar, realizei dois dos meus estágios curriculares com idosos e foi sem dúvida muito gratificante. Agora que dou as aulas de hidroginástica vejo que realmente é gratificante trabalhar com esta faixa etária, a maioria esforça-se e são pessoas sempre bem dispostas apesar de outros problemas que às vezes têm.

E: O que nós gostaríamos que desse testemunho é saber se considera realmente importante que os idosos pratiquem atividade física para o envelhecimento ativo, ou seja, a relação que existe entre a atividade física e o envelhecimento ativo nesta população.

R: A prática de atividade física é sem dúvida muito importante em todas as faixas etárias, por vários motivos, nomeadamente pela melhoria das capacidades físicas, psicológicas, entre outras. Especialmente, no envelhecimento, a atividade física pode atuar como forma de manter as capacidades físicas, uma vez que estas se tornam mais débeis com o passar dos anos, permitindo aos indivíduos realizar as tarefas do dia-a-dia bem como manter um estilo de vida equilibrado.

È portanto importante ao longo do percurso da vida praticar exercício físico, só assim conseguimos ter um envelhecimento saudável e manter alguma qualidade de vida que o passar dos anos pode teimar em tirar-nos.

E: E com que regularidade recomenda que pratiquem atividade física?

R: Segundo vários autores, nomeadamente ACSM, são recomendados 30 minutos de atividade física moderada por dia.

E: E que tipo de exercícios prescreveria para esta faixa etária?

R: A meu ver, Não existe um determinado exercício específico para a população idosa no geral, existe sim um leque de exercícios que podem ser realizados por cada indivíduo, tendo em conta as suas capacidades e limitações. Por exemplo, um indivíduo que sofra de hipertensão não realiza o mesmo tipo de exercícios que um indivíduo saudável. Daí a grande importância da prescrição de exercício físico por um profissional da área.

E: Então em que situações aconselha ou não a prática de atividade física nos idosos?

R: Como já disse, é muito importante ter conhecimento das limitações de cada indivíduo para podermos prescrever um plano. Na grande maioria dos casos a atividade física deve ser sempre recomendada como forma de proporcionar ao indivíduo qualidade de vida.

E: Temos estado a falar, mas ainda não me disse ao certo qual a sua opinião sobre a relação atividade física e envelhecimento ativo.

R: Pois isto anda tudo muito à volta do mesmo. O envelhecimento ativo proporciona ao indivíduo uma melhor qualidade de vida, tanto a nível físico, psicológico. Nesta fase de vida, ocorre com alguma frequência, principalmente nos indivíduos que residem em meios pequenos sentirem-se sozinhos e o simples facto de realizarem alguns exercícios em grupo, como por exemplo uma caminhada ao final do dia ou até mesmo estarem inseridos nas aulas seniores que existem cada vez mais, já lhes proporciona uma melhor qualidade de vida. Para não falar que com o passar do tempo temos tendência a ficar mais frágeis fisicamente, algumas vezes incapacitados de realizar determinadas tarefas do dia-a-dia, por mais simples que pareçam devido à perda de massa muscular, entre outros fatores e o fato de serem indivíduos ativos ajuda bastante manutenção da sua qualidade de vida.

E: Helena enumere-me especificamente algumas vantagens da prática de atividade física nesta faixa etária

R: São várias as vantagens da prática de atividade física, tal como tenho vindo a referir.

Na terceira idade ocorre uma redução da capacidade funcional, por isso é importante manter a independência e prevenir a incapacidade do indivíduo, garantindo qualidade de vida com a prática de atividade física. O processo natural de envelhecimento associado às doenças crônicas é o responsável pela limitação do idoso mas, desde que bem orientada, a atividade física ajuda a prevenir e melhorar as condições físicas e mentais do indivíduo.

E: E que estratégia de intervenção mencionaria para intervir com esta população?

R: As aulas seniores junto destas populações são sem dúvida uma mais valia e hoje em dia já existem em maior número. Nestas idades é importante que sejam os profissionais da área a procurar soluções, a irem ter ao encontro da população, caso contrário muitos indivíduos optam pelo sedentarismo.

E: Helena e acha que já existem estudos suficientes sobre esta temática?

R: Estudos nunca são demais. Hoje em dia existem muitos estudos mas é sempre importante existirem novos, mais atualizados e eficazes de forma a melhorar a qualidade de vida destes indivíduos que um dia seremos nós.

E: Muito obrigado pela sua disponibilidade.

R: De nada, obrigado eu.

Anexo V - Quadro Resumo

TEMAS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	DIMENSÕES	FREQUÊNCIA
Verificar a opinião dos profissionais sobre a Atividade Física no Envelhecimento Ativo	1- Importância da prática de atividade física nos idosos	1.1.Vantagens 1.1.1. Componente geral	1.1. 1.1.1 (...) atividade física é importante seja qual for a faixa etária (...) os idosos devem praticar, desde que não agrave nenhum problema que possuam (...) por pouco que seja o tempo de prática é sempre importante praticar (...)	N=3
			(...) idosos que pratiquem atividade física regular, podem ter benefícios a todos os níveis (...) com impacto significativo no bem-estar e na qualidade de vida (...)	N=4
			(...) promove bem-estar físico e psicológico, estimula aspetos cognitivos, melhora as capacidades funcionais, promove o bem estar geral (...)	N=2
			(...) Fator preponderante na melhoria da saúde (...)	N=6
			(...) a atividade física é importante para o funcionamento vital do nosso organismo, claro que com as limitações que advém da idade (...)	N=1

		1.1.2. Componente física
--	--	-----------------------------

<p>1.1.2.</p> <p>(...) nesta faixa etária a atividade física pode ajudar os indivíduos a realizar as suas tarefas do dia a dia com maior facilidade (...) torna-se mais apto (...)</p>	N=3
(...) combate o sedentarismo contribuindo para a manutenção da aptidão física do idoso (...)	N=2
(...) aumento do consumo máximo de oxigénio, redução da pressão arterial e da frequência cardíaca, diminui o risco de diabetes, aumenta a massa muscular, massa óssea, estimula o metabolismo (...) melhora a força e o tónus muscular (...) melhora a resistência, coordenação motora e equilíbrio (...) melhora a realização das AVD's (...)	N=3
(...) atenua os efeitos do envelhecimento cronológico (...)	N=1
(...) desde que bem orientada a atividade física diminui o processo de aparecimento de patologias (...)	N=1
(...) o exercício mantém a independência e previne a incapacidade do indivíduo (...)	N=1

		1.1.3. Componente psicológica	1.1.3. (...) diminui o risco de depressão (...)	N= 4
			(...) melhora a autoimagem e autoconfiança (...)	N= 2
		1.1.4. Componente social	1.1.4. (...) aumenta a socialização e melhora a qualidade de vida (...)	N= 2
		1.2. Desvantagens	1.2. (...) riscos de queda e agravamento de algumas patologias quando a atividade física não é prescrita e orientada por técnicos com conhecimento na área (...)	N=2
		1.3. Relação Atividade Física/ Envelhecimento Ativo	1.3. (...) o envelhecimento ativo é fundamental para retardar alguns dos efeitos do envelhecimento biológico, manutenção das capacidades funcionais, permitindo uma maior autonomia e independência (...)	N=1

			(...)atividade física e envelhecimento ativo estão intimamente ligados pois a atividade física promove maior longevidade e qualidade de vida ao idoso que pratica (...) promove a sua saúde (...)	N=4
			(...) com o passar do tempo temos tendência a ficar mais frágeis fisicamente, algumas vezes incapacitados de realizar tarefas diárias, por perda de massa muscular, falta de equilíbrio, entre tantas outras alterações(...) praticar exercício vai minimizar este tipo de perdas (...)	N=1
			(...) é importante a relação atividade física/envelhecimento ativo pois esta prática pode controlar e evitar o aparecimento de variadas patologias como a osteoporose (...) contribui para a redução da pressão arterial, redução do colesterol (...)	N= 1
			(...) atividade física regular aliada com comportamentos saudáveis, desempenha um papel importante no envelhecimento ativo com qualidade (...)	N=1
Verificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a Atividade Física na população idosa	2- Conhecimento sobre Atividade Física em idosos	2.1. Regularidade e duração	2.1. (...) Mínimo 30 minutos (...) diariamente (...)	N= 4
			(...) a duração e regularidade varia de idoso para idoso (...)	N= 1

			(...) Sessões de 45 minutos (...) 3X semana (...)	N=1
		2.2. Exercícios mais apropriados	2.2. (...) Exercícios baseados nos pilares do movimento humano (puxar/empurrar), mudanças de nível/altura, ou seja, exercícios que simulam os movimentos do cotidiano (...)	N= 1
			(...) Hidroginástica (...)	N=3
			(...) exercícios de força muscular, mobilidades, resistência (leve/moderada) (...)	N=2
			(...) caminhadas (...)	N= 3
			(...) bicicleta estática (...)	N=1
			(...) pilates (...) yoga (...)	N=1
		2.3. Prescrição	2.3. (...) Aconselho a atividade física a idosos (...) ter em atenção as diferentes patologias de cada um, pois cada caso é um caso e esta população deve ser direcionada para um técnico de exercício especialista (...)	N= 5
			(...) o serviço de personal training é uma excelente opção para esta população (...)	N=1

Contributo da Atividade Física para o Envelhecimento Ativo	3- Importância das estratégias de intervenção e influência na saúde do idoso	3.1. Estratégias de intervenção	3.1. (...) consciencializar e explicar os benefícios da prática (...) estipular objetivos que consigam alcançar para se sentirem motivados (...)	N=2
			(...) explicar os perigos de uma vida sedentária e tentar promover atividades programadas para a população alvo (...)	N=1
			(...) aulas séniores (...)	N=2
			(...) não tenho bem noção da quantidade de estudos nesta temática (...)	N=1
		4.2. Ações concretas	4.2. (...) Atividade física realizada em grupo assume um papel importante na vida social dos idosos, podem motivar-se entre si para alcançar os objetivos (...)	N=1
			(...) sessões informativas com parte prática (...)	N=1

			(...) Aumento da introdução de atividade física em lares, ministrado por um técnico especialista (...)	N=2
--	--	--	--	-----

Anexo VI – Tabela entrevista individual

Entrevista nº. 4 (Alzira)

TEMAS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	DIMENSÕES
Verificar a opinião dos profissionais sobre a Atividade Física no Envelhecimento Ativo	1- Importância da prática de atividade física nos idosos	<p>1.1.vantagens</p> <p>1.1.1.Componente geral</p> <p>1.1.2.Componente física</p> <p>1.1.3.Componente psicológica</p>	<p>1.1.</p> <p>1.1.1. (...) o exercício mantém a independência e previne a incapacidade do individuo, garantindo alguma qualidade de vida (...) (...) Nesta faixa etária a atividade física pode ajudar os indivíduos a realizar as tarefas do dia a dia com maior facilidade (...) manter um estilo de vida equilibrado (...)</p> <p>1.1.2. (...) desde que bem orientada, a prática de atividade física diminui o processo de aparecimento de doenças crónicas (...) (...) ajuda a prevenir e melhorar as condições físicas do individuo (...) (...) com o passar do tempo temos tendência a ficar mais frágeis fisicamente, algumas vezes incapacitados de realizar tarefas diárias, por perda de massa muscular, entre outras (...) praticar exercício vai minimizar este tipo de perdas (...)</p> <p>1.1.3. (...) a prática de atividade física é sem dúvida muito importante em todas as faixas etárias (...) melhora as capacidades físicas e psicológicas (...) (...) ajuda a prevenir e melhorar as condições mentais do individuo</p>

		<p>1.1.4.Componente social</p> <p>1.2.Desvantagens</p> <p>1.3.Relação atividade física/envelhecimento ativo</p>	<p>(...)</p> <p>1.1.4.</p> <p>1.2.</p> <p>1.3. (...) o envelhecimento ativo proporciona ao individuo uma melhor qualidade de vida (...) alguns indivíduos, nesta faixa etária e que residem em meios pequenos sentem-se sozinhos e o simples fato de realizarem alguns exercícios em grupo (...) já proporciona melhor qualidade de vida (...)</p>
Verificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre Atividade Física na população idosa	2- Conhecimento sobre a atividade física em idosos	<p>2.1. Regularidade e duração</p> <p>2.2. Exercícios mais apropriados</p>	<p>2.1. (...) 30 minutos de atividade física moderada, diariamente (...)</p> <p>2.2. (...) existe um leque de exercícios que podem ser realizados, tendo em conta as suas capacidade e limitações (...)</p>

		2.4. Prescrição	2.4. (...) daí a grande importância da prescrição de exercício físico por um profissional da área (...)
Contributo da Atividade Física para o envelhecimento ativo com qualidade de vida	3- Importância das estratégias de intervenção e influência na saúde do idoso	3.1. Estratégias de intervenção	3.1. (...) aulas séniores (...)
Conhecer a posição do profissional face às opiniões sobre a prática de atividade física na população idosa	4- Contributos convenientes para o aumento da prática de atividade física em idosos	4.1. Estudos 4.2. Ações concretas	4.1. (...) estudos nunca são demais, mas é sempre importante mais e mais atualizados (...) 4.2.

